

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 78

Travail de la Clinique Médicale du Professeur J. PAVIOT

Contribution à l'Etude
des
Expectorations sidérofères

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre CARTIER

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 13 Novembre 1906, à MONTPELLIER, (Hérault)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES EXPECTORATIONS SIDÉROFÈRES**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 78

Travail de la Clinique Médicale du Professeur J. PAVIOT

Contribution à l'Etude
des
Expectorations sidérofères

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre CARTIER

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 13 Novembre 1906, à MONTPELLIER, (Hérault)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	VORON
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COLLET
Clinique des maladies des voies urinaires	GAYET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAN
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	COURMONT
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	FLORENCE
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MANCEAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie externe	LERICHE
Pathologie interne	FROMENT
Pathologie et Thérapeutique générales	CADE
Anatomie pathologique	FAVRE
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	ROCHAIX
Thérapeutique	SAVY
Pharmacie et Pharmacologie	LEULIET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (jeun)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

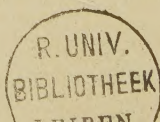
MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
MAZEL	DUFOURT	GATE	EPARVIER
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REPATTU (Ch)

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PAVIOT, *président*; CORDIER, *assesseur*;

J.-F. MARTIN et DECHAUME, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE, A MA MÈRE

Bien faible témoignage de mon
amour respectueux et de ma pro-
fonde reconnaissance.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT

Professeur de Clinique Médicale

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait en acceptant d'être notre Président de thèse. Il nous a accueilli avec bienveillance dans son service où nous avons puisé les éléments de ce travail. Son enseignement clinique et ses conseils nous ont permis de mener au mieux notre tâche. Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. CHEVALLIER
Chef de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu

Avec nos remerciements les plus
sincères.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE LYON

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553604_0057

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES EXPECTORATIONS SIDÉROFÈRES

Introduction

L'expectoration mélano-sidérofère est fréquemment observée en clinique, chez le bronchitique chronique et chez le tuberculeux pulmonaire. On sait en effet, depuis les travaux de Jousset, du Professeur Paviot et de ses élèves, que les poussières qui, de façon persistante, saupoudrent l'expectoration tigrée ou imprègnent en masse le crachat mélanique, en l'absence de toute inhalation professionnelle ou accidentelle de particules charbonneuses, ne sont pas d'origine atmosphérique mais représentent chimiquement un pigment ferrugineux de provenance endogène. Ce pigment organo-métallique serait, comme l'ont établi MM. Paviot et Chevallier, l'aboutissant d'un processus hématolytique qui s'exprime, dans un grand nombre de cas, par une réduction très importante de la résistance globulaire. Nous n'aborderons pas, dans ce travail, le problème de l'anthracose pulmonaire. Il a soulevé d'innombrables controverses. Certains auteurs, fidèles à la doctrine classique, ad-

mettent encore la nature charbonneuse de la surcharge pigmentaire du poumon. D'autres pensent que le carbone partage avec le fer la responsabilité de cette pigmentation. C'est ainsi que MM. Policard et Doubrow, grâce à leur élégante technique de la micro-incinération, ont imputé au carbone la coloration de certaines plages mélaniques. Les dosages chimiques précis de Jousset, de Paviot, Chevallier, Revol et Badinand, établissent cependant une corrélation étroite entre l'aspect anthracosique du parenchyme pulmonaire et la valeur pondérale de la surcharge martiale. De telle sorte que le pigment noir du poumon paraît être, dans la plupart des cas, à l'exception de quelques petits îlots douteux, de nature ferrugineuse et ce serait ce pigment métallique d'origine sanguine qui colorerait le mélanocyte de l'expectoration dite anthracosique.

En tout cas, si les caractères chimiques de l'anthracose pulmonaire prêtent encore à discussion, il semble bien acquis que les poussières du crachat mélanique représentent, le plus souvent, un pigment ferrugineux.

Depuis 3 ans la caractérisation et le dosage du fer ont été pratiqués dans le service de clinique du Professeur Paviot, chez la plupart des sujets présentant une expectoration tigrée ou mélanique.

Parallèlement la résistance globulaire a été étudiée chez les mêmes malades.

La lecture des observations montre que l'association « expectoration sidérofère et fragilité sanguine » se rencontre presque toujours chez les mêmes ma-

lades: Il s'agit généralement de tousseurs chroniques parmi lesquels il convient de réserver une place importante à ces malades qui ressortissent classiquement au syndrome « bronchite chronique et emphyseme » et qui ne sont, en réalité, que de pseudo-bronchitiques porteurs d'une sclérose pulmonaire discrète hémosidérosique fréquemment associée à l'hypertrophie cardiaque globale. Un grand nombre de sujets observés rentrent, d'autre part, dans le vaste cadre de la tuberculose pulmonaire. Ce dernier point est d'importance. Si Jousset a bien précisé, comme nous l'avons constaté, nous-mêmes, la valeur pronostique de l'expectoration noire des tuberculeux, M. Chalié, par contre, insisté sur l'absence de fragilité sanguine chez les mêmes malades. Nos conclusions, nous aurons l'occasion de le préciser, sont, en réalité, en accord avec les constatations de ce dernier auteur.

Il a été possible, enfin, de noter chez la plupart des sujets observés la coexistence des diverses manifestations de la petite insuffisance hépatique, de l'hépatisme au sens large de Glénard, avec le syndrome hémato-chimique. Ce syndrome hémato-chimique a été constaté et étudié chez le petit insuffisant hépatique indemne de tuberculose, chez le grand insuffisant hépatique, type cirrhose de Laënnec, chez le tuberculeux pulmonaire non évolutif ou faiblement évolutif, chez le tuberculeux pulmonaire évolutif. Nous avons pu, de la sorte, établir sur un total de 70 observations, parmi lesquelles figurent les « bronchitiques chroniques » de la thèse de R. Chevallier,

des relations assez étroites entre ces divers éléments biologiques, chimiques et cliniques (fragilité sanguine, expectoration sidérofère, petite insuffisance hépatique).

Nos conclusions présenteront ainsi, nous l'espérons, un double intérêt : un intérêt diagnostique, s'il paraît possible de dégager de nos observations un nouveau test d'insuffisance hépatique légère ; un intérêt pronostique, si la constatation de ce syndrome permet de soupçonner l'évolution ultérieure de la bacillose pulmonaire.

CHAPITRE PREMIER

La symptomatologie chimique, biologique et clinique

L'expectoration mélanique

Le point de départ de nos recherches a été le dépistage systématique, dans le service du Professeur Paviot, des sujets présentant, à un degré quelconque, une expectoration mélanique.

Ces crachats noirâtres offrent des aspects très variables. Il s'agit, le plus souvent, d'un crachat numulaire, gommeux et adhérent, jaunâtre et translucide, saupoudré de fines particules anthracosiques comparables à de la suie, le tout réalisant le crachat tigré. D'autres fois le semis poussiéreux n'est pas visible et le crachat présente une teinte uniformément grisâtre.

Inversement la surcharge pigmentaire peut atteindre dans d'autres expectorations, plus rares il est

vrai, une telle densité que le crachat apparaît complètement noir, véritable crachat mélanique.

Ces crachats tigrés ou mélaniques peuvent exister à l'état isolé dans le crachoir. Plus souvent ils s'agglutinent en une masse visqueuse, très adhérente. Une expectoration liquide, aqueuse, abondante, les recouvre parfois.

Enfin, ils réalisent, fréquemment, des petits îlots gommeux et pigmentés, isolés et presque confluent, au sein d'une expectoration franchement purulente.

L'examen microscopique montre que cette pigmentation est étroitement liée à la présence d'une cellule spéciale, plus ou moins chargée de poussières, le mélanocyte. C'est la *cellule à poussière* des auteurs classiques, la *cellule martiale* de Jousset.

Le pigment remplit plus ou moins la cellule, et il est parfois assez abondant pour occuper tout le corps cellulaire et masquer le noyau. De la sorte la coloration des crachats est à la fois fonction du nombre de ces mélanocytes et de l'intensité de leur surcharge pigmentaire.

L'examen microscopique révèle, d'autre part — fait capital — que ces petits grains qui saupoudrent à des degrés divers, les mélanocytes, ne revêtent jamais l'aspect très particulier des fines aiguilles de carbone.

Il s'agit toujours, au contraire, de petits globules arrondis, presque tous de même taille, souvent agminés, et qui ne présentent pas d'irrégularités. Aussi l'impression qui se dégage, à l'examen, de ces granulations identiques, est que l'on se trouve en présence, non pas d'éléments d'origine atmosphérique, comme

on l'a cru longtemps, mais d'éléments d'origine endogène, élaborés ou remaniés par l'activité cellulaire.

Nous ne voulons pas faire l'historique des nombreux travaux et des discussions qu'a soulevés la nature de ce pigment. C'est tout le vaste problème de l'anthraxose. Jousset, faisant table rase des idées classiques, qui s'appuyaient sur des recherches chimiques défectueuses, a démontré que ce pigment était de nature ferrugineuse. MM. Paviot, Chevallier et Revol sont arrivés aux mêmes conclusions et ils ont, de plus, apporté, pour l'évaluation pondérale de ces minimes quantités de fer, une méthode de minéralisation facile ainsi qu'une technique de dosage rapide et précise. C'est cette technique qui a été utilisée chez tous les sujets dont nous rapportons l'observation.

Nous la décrirons brièvement :

PRÉLIMINAIRES

Les crachats sont pesés s'ils paraissent nets sans trop de salive, sinon mesurés approximativement à l'éprouvette. On les dessèche à 100° pendant une heure. La réaction de Weber ou l'albumino-réaction permettent de déceler la présence de sang. Les calculs en fer sont exprimés en milligrammes pour 100 grammes de crachats secs.

MINÉRALISATION

C'est cette opération qui, dans les recherches des prédécesseurs, avaient été la principale source d'erreur. Dans le pigment le fer existe à l'état de combi-

naison organo-métallique qu'il faut briser pour pouvoir caractériser et doser le métal.

Cette minéralisation des crachats desséchés se fait soit avec le mélange nitraté :

CO_3K^2 desséché	1
CO_3K_2 desséché	1
NO_3K	8

soit avec le sulfate acide de potasse.

L'emploi du sulfate de potasse a un intérêt certain, car la fusion transforme le fer en sulfate de fer directement soluble dans l'eau, évitant ainsi l'addition d'un acide dissolvant susceptible de contenir du fer.

DOSAGE DU FER

Par le procédé colorimétrique à l'acide sulfo-salicylique en milieu ammoniacal, dont voici la technique :

Les cendres provenant de la calcination complète des crachats sont reprises par une petite quantité d'un solvant : acide chlorhydrique exempt de fer et dilué, si la minéralisation a été faite par le mélange nitraté, ou, simplement par l'eau, si on a employé le sulfate de potasse ; on porte à 50 cc.

10 cc. de cette liqueur sont additionnés de III gouttes d'eau oxygénée pour péroxyder le fer ; on mélange et ajoute I goutte d'acide sulfosalicylique à 10 %. La coloration devient rose. L'addition d'ammoniaque goutte à goutte sature d'abord l'acide et la teinte se fonce, puis vire au jaune. On ajoute à ce moment encore III gouttes d'ammoniaque. Parallèle-

ment on effectue les mêmes additions (même nombre total de gouttes) à 10 cc. d'une solution titrée de fer contenant pour 10 cc. 5/100 ou 1/10 mmgr. de fer. On obtient cette concentration en diluant convenablement une solution étalon de fer :

Fil de Clavecin pur	0,50
SO ⁴ H ² pur	5 cc.
Eau distillée ... Q. S. pour	500 cc.

Il est important que la solution étalon et la liqueur à étudier aient des couleurs d'intensité voisine. Au colorimètre la comparaison des teintes est alors facile et l'intensité de la teinte observée dans une certaine gamme est nettement proportionnelle à la teneur en fer.

L'ammoniaque ajoutée en petite quantité n'a pas d'action modificatrice appréciable.

Dans les résultats, le fer est exprimé en mmgr. pour 100 gr. de crachats secs, et comme l'ont montré les recherches de Jousset, de Paviot, Chevalier et Revol, la quantité de fer est proportionnelle à l'intensité de la coloration mélanique. Une expectoration normale contient moins de 0 mmgr. 015 % de fer sans que l'on puisse dire si cet élément existe normalement dans les crachats ou s'il est apporté par les réactifs.

La fragilité globulaire

Les crachats mélaniques doivent donc leur coloration à un pigment ferrugineux, d'origine endogène. Nous savons, d'autre part, que l'hémoglobine en se

dédoublant aboutit finalement à la formation de bilirubine et de pigment ferrugineux. La source possible du fer de l'expectoration pouvait de la sorte être recherchée dans le sang et nous avons, dans ce but, étudié la résistance globulaire de tous les malades présentant une expectoration sidérofère.

Normalement, lorsqu'on utilise une solution de sel marin isotonique par rapport au plasma sanguin, à 0,9 %, l'hématolyse commence pour une solution de NaCl à 0,46 %. La résistance des hématies peut être considérée comme augmentée si l'hémolyse commence pour des solutions chlorurées inférieures à 0,46 % et comme diminuée, au contraire, si elle débute pour des solutions supérieures à 0,46 %.

Selon la terminologie de Widal, l'hémolyse est dite initiale (H¹) quand la zone liquide au-dessus du culot de globules rouges est faiblement teintée de jaune ; elle est intense ou nette (H²) lorsque cette zone devient rose : enfin elle est totale ou très nette (H³) lorsque la nuance devient rouge foncée et qu'il n'existe plus aucun dépôt d'hématies non détruites au fond du tube.

La méthode des hématies déplasmatisées de Widal nous a permis de mettre en évidence, dans la plupart des cas, une diminution souvent très importante de la résistance globulaire. D'une façon générale, il y avait non seulement coexistence de ce stigmate hémolytique et de l'expectoration sidérofère, mais encore parallélisme assez constant et assez étroit entre le degré de la fragilité sanguine et le taux de la surcharge ferrugineuse.

D'autre part, MM. Paviot, R. Chevallier et Badi-

nand ont observé une dizaine de sujets chez lesquels une expectoration tigrée, soit discrète, soit franchement mélanique, succédait de façon constante à certains épisodes congestifs accompagnés de crachats hémoptoïques.

L'étude chimique des crachats a permis, chez ces malades, dans les jours qui suivirent l'expectoration hémoptoïque, de saisir le passage entre la disparition de l'hémoglobine libre et l'apparition de la surcharge martiale.

De même, Jousset, étudiant histologiquement la cellule à poussière, a pu déceler la présence de pigment ocre, hydrate ferrique ou rubigine, dont l'origine hémolytique est bien admise, à côté de pigment noir et conclure, de ce fait, à la communauté d'origine des deux pigments.

Cette pigmentation serait donc, pour reprendre l'heureuse expression de M. Chalié, le résultat d'une *hémolyse sidérogène*. Ainsi, le fer de l'expectoration serait un pigment pathologique, signature d'un processus morbide complexe qui frappe peut-être les hématies dans la traversée du réseau capillaire pulmonaire et qui se traduit dans un grand nombre de cas par une diminution importante de la résistance des hématies.

La petite insuffisance hépatique

Nous avons noté chez la plupart des sujets observés la coexistence de la petite insuffisance hépatique, de l'hépatisme au sens large de Glénard, avec le syndrome hémato-chimique précédemment décrit.

Comme l'ont bien montré MM. Paviot et Croizat, ce petit hépatisme se traduit le plus souvent par une symptomatologie très riche et très bruyante qui s'oppose, en tous points, à l'évolution sournoise, silencieuse, de la grande insuffisance hépatique.

Les troubles que présente le petit insuffisant hépatique, et que nous avons observés chez la plupart de nos malades, sont, en effet, à la fois très variés et très apparents.

On note les faits suivants : troubles digestifs précoces, bouffées congestives ou somnolence après les repas; appétit diminué, capricieux, inappétence élective pour certains aliments tels que le lait, les œufs, le fromage frais, les graisses, la viande, dont l'ingestion est d'ailleurs susceptible de déclencher ou d'aggraver les troubles observés. Digestions lentes, pénibles, pesanteur à l'épigastre, constipation ou crises diarrhéiques. Céphalées fréquentes, frontales ou occipitales, affectant généralement l'allure de la migraine typique avec nausées, parfois vomissements, vertiges et quelquefois scotome.

Ces migraines, chez les femmes, surviennent de préférence au moment des règles.

Instabilité vaso-motrice très marquée, caractérisée surtout par de l'érythrose faciale post-prandiale. Dermographisme exagéré, parfois saillant. Sueurs abondantes, en particulier au niveau des paumes des mains.

Urticaire localisée ou généralisée très fréquente, surtout après ingestion de fraises, de poisson de mer, de laitage. D'autres fois, prurit intense, soit *sine materia*,

soit accompagné d'éruptions diverses acnéïques ou eczématiformes.

Epistaxis abondantes; règles douloureuses et irrégulières. Infiltratset nodules celulalgiques aux points d'élection, grains cholestériniens de la lèvre supérieure.

Dans les antécédents, on retrouve parfois, soit des crises de colique hépatique violentes ou frustes avec subictère passager, soit des crises hépatiques sans lithiase, de type parfaitement individualisé par M. le Professeur Paviot.

Par contre, l'examen du foie est fréquemment négatif. Il est bien quelquefois gros et douloureux, mais jamais dur comme un foie cirrhotique. En général, il déborde les fausses côtes d'un à deux travers de doigt, il reste indolent à la palpation. Parfois, cependant, il y a une sensibilité assez vive au niveau du point vésiculaire.

Nous avons eu recours, d'autre part, à divers tests du laboratoire : coefficient de Maillard, recherches dans les urines des sels et pigments biliaires, de l'urobiline, temps de saignement et de coagulation, bilirubinémie, cuti-réaction peptonée, et, dans quelques cas, crise hémoclasique digestive provoquée.

Somme toute, chez un certain nombre de sujets présentant une expectoration sidérofère, nous avons recherché systématiquement les stigmates de la fragilité sanguine et les symptômes de la petite insuffisance hépatique.

Sur le plan clinique, ces malades peuvent être groupés sous les étiquettes suivantes :

1° Le petit insuffisant hépatique non tuberculeux;
2° Le pseudo-bronchitique chronique (sclérose pulmonaire discrète hémosidérosique) ;

3° Le tuberculeux pulmonaire non évolutif ou faiblement évolutif sans B. K.;

4° Le tuberculeux pulmonaire non évolutif ou faiblement évolutif avec B. K.

Nos recherches ont enfin porté sur deux autres groupes de malades :

5° Le grand insuffisant hépatique, type cirrhose de Laennec ;

6° Le tuberculeux pulmonaire évolutif avec nombreux B. K.

Ce sont ces diverses observations que nous rapporterons dans le chapitre suivant, avant d'en commenter les éléments cliniques, biologiques et chimiques.

Il faut noter toutefois que nous n'avons pas jugé utile de reproduire l'histoire des sujets chez lesquels la triade symptomatique, dans sa totalité ou dans un de ces éléments, se révélait défailante.

Nous nous bornerons, de la sorte, à signaler dans quelle proportion, sur l'ensemble des cas étudiés, le syndrome était soit absent soit dissocié.

C'est ainsi que chez le tuberculeux pulmonaire non évolutif ou faiblement évolutif avec ou sans B. K. le syndrome était au complet dans 13 observations sur 18. Dans 5 cas, seulement, que nous ne ferons que mentionner, la fragilité sanguine était absente, les autres éléments du trépied étant, au contraire, nettement constatés. De même, enfin, en ce qui concerne

le tuberculeux pulmonaire évolutif et le grand insuffisant hépatique, nous exposerons simplement les résultats de nos recherches sans insister davantage sur un tableau clinique de grande banalité.

Il convient de signaler, enfin, que toutes nos observations ont été fortement résumées.

CHAPITRE II

Les divers types de malades observés

I. — Le petit insuffisant hépatique non tuberculeux

OBSERVATION I

(Service du Professeur PAVIOT)

Insuffisance hépatique se traduisant, chez une femme de 34 ans, par des migraines avec hyperesthésie du cuir chevelu, des vomissements, des nodosités et infiltrats cellulalgiques para-vertébraux, sur le bord supérieur du trapèze et à l'insertion humérale du deltoïde, des grains cholestériniens de la lèvre supérieure. Quelques rares crachats gommeux légèrement tigrés. Fragilité sanguine à peine ébauchée. Aucun signe clinique, ni bactériologique actuel de bacillose pulmonaire.

C... Denise, 34 ans, dactylographe.

Entre dans le service le 7 septembre 1929 pour dou-

leurs du côté droit irradiées à l'épaule et au bras droit. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires. *Personnellement* pas de maladie de l'enfance. En 1920, double salpingectomie. En 1923, appendicectomie à chaud. Aussitôt guérie, la malade s'installe à Lyon et commence alors à présenter de nombreux malaises qui consistent en vomissements muqueux le matin au réveil et en migraines fréquentes avec hyperesthésie du cuir chevelu.

En janvier 1929, la malade se met à tousser sans expectoration notable et probablement sans température, mais avec douleurs sourdes dans le côté droit.

Ce sont ces douleurs du côté droit qui amènent la malade à l'hôpital. Elles sont localisées à la partie moyenne de l'hémithorax droit, en arrière, et s'irradient à l'épaule et au bras droit et empêchent tout travail. Depuis le 15 juin, état subfébrile à 37°5-38°, sans céphalées, sans vomissements, sans douleurs dans l'hypocondre droit.

La malade n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu, jamais d'urticaire, ni de jaunisse.

A l'examen. — L'aspect général est bon. La malade tousse peu, mais expectore cependant quelques crachats gommeux, légèrement tigrés. L'examen pulmonaire est entièrement négatif. *Au point de vue hépatique*, l'examen permet de déceler un foie légèrement débordant — en outre on perçoit dans la région vésiculaire un point très sensible quand on déprime la paroi et à ce niveau on sent une masse profonde dont on ne peut distinguer la nature et qui n'est probablement que le foie. On trouve des grains cholestériniens de la lèvre supérieure. La palpation des régions para-vertébrales, du bord supérieur du trapèze, du V deltoïdien permet de sentir de petits nodules et des infiltrats cellulalgiques douloureux à la pression.

Au cœur, souffle systolique de la base assez doux, sans frémissement, limité à la région mésocardiaque.

L'examen du *système nerveux* est négatif.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.

2° *Coefficient de Maillard* = 6.

3° *Sang* :

a) *Résistance globulaire* : $H^1=0,48$; $H^2=0,43$; $H^3=0,32$.

b) Temps de saignement : 2'; temps de coagulation : 10'.

c) Bilirubinémie : 0.

d) B.-W. : négatif.

4° *Cuti-réaction peptonée* : +.

5° *Expectoration* :

Pas de B. K. (après homogénéisation).

Fer en milligr. % de crachats secs = 0,019.

6° Radioscopie pulmonaire : aspect normal.

OBSERVATION II

(Service du Professeur PAVIOT)

Insuffisance hépatique légère, se traduisant chez une femme de 53 ans, par des poussées d'urticaire (fréquentes dans l'adolescence, plus rares depuis quelques années), des migraines avec nausées sans scotome sombre, soit spontanées, soit provoquées par l'ingestion de lait. Expectoration gommeuse fortement tigrée. Fragilité sanguine. Aucun signe clinique ni bactériologique actuel de bacillose pulmonaire.

De B... Marie, 53 ans, ménagère.

La malade entre à l'hôpital étant incapable, dit-elle, de continuer son travail de ménagère.

Dans les antécédents : Son père mort à 73 ans était asthmatique; 5 de ses frères et sœurs sont morts en bas-âge.

Personnellement : Pas de maladie dans l'enfance. Mariée à 25 ans, elle n'a jamais eu de fausses couches. Cénisme léger.

La malade se plaint depuis longtemps de maux de tête fréquents, survenant particulièrement après ingestion de lait, accompagnés de nausées, sans scotome. De même, elle se rappelle avoir eu fréquemment de l'urticaire, quand elle était jeune, plus rarement ces dernières années. Le moindre effort la fatigue, et lui donne des douleurs dans la région lombaire.

A l'examen : L'aspect général est satisfaisant. Elle expectore quelques crachats gommeux fortement tigrés.

L'examen des divers appareils est *négatif*.

On remarque seulement une légère douleur à la palpation de la région hépatique, dans la zone vésiculaire.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.

2° *Coefficient de Maillard* = 7,5.

3° *Sang* :

a) *Résistance globulaire*: $H^1=0,58$; $H^2=0,50$; $H^3=0,44$.

b) Temps de saignement: 3'; temps de coagulation: 9'.

c) Bilirubinémie : 0.

d) B.-W. : négatif.

4° *Cuti-réaction peptonée* : ++.

5° *Expectoration* :

Pas de B. K. (après homogénéisation).

Fer en milligr. % de crachats secs = 0,052.

6° *Radioscopie pulmonaire* : normale.

OBSERVATION III
(Service du Professeur PAVIOT)

Insuffisance protéo-peptique du foie, chez une femme de 40 ans sans antécédents pathologiques (sauf hydarthroses à répétition de nature probablement protéinique) caractérisée par des troubles digestifs précoces avec régurgitations, aigreurs, des migraines violentes, des phénomènes vaso-moteurs très marqués, dermatographisme, rougeur de la face et du thorax, sueurs profuses, tous phénomènes en relation avec l'ingestion d'œufs et de laitages; des grains cholestériniens de la lèvre supérieure, des nodosités cellulalgiques (fascia lata et nuque : pseudo-torticolis). Expectoration gommeuse très mélanique, fragilité sanguine. Aucun signe clinique ni bactériologique actuel de bacillose pulmonaire.

D... Francia, 40 ans.

La malade entre à l'hôpital pour des céphalées violentes et tenaces, avec douleurs lancinantes au niveau de la nuque.

Dans les antécédents : Rien de particulier.

Personnellement : Aucune maladie grave dans l'enfance. Bien portante jusqu'à 23 ans. A cet âge, elle eut une crise d'entérite dont elle a souffert pendant plusieurs années. En 1919, grippe espagnole; trois ans plus tard, elle commença à souffrir d'hydarthroses bilatérales, non tuberculeuses, qui furent améliorées à ce moment-là, par des bains de lumière et des massages, en Suisse, mais qui réapparaissent par périodes.

Mais surtout la malade se plaint depuis presque 10 ans, de troubles digestifs ; ils apparaissent après l'ingestion alimentaire s'accompagnant de régurgitations, d'aigreurs, d'éruclations; ils durent tout le temps de la digestion. C'est ainsi qu'à 10 heures, la malade « souffre

encore de son café au lait » pris 2 heures avant. Ces troubles digestifs s'accompagnent de phénomènes vasomoteurs très marqués, rougeur du thorax et de la face avec sudation abondante, surtout à l'aisselle. La malade a supprimé de son régime alimentaire les œufs et les laitages, ayant trouvé que ces aliments la fatiguaient. Enfin et surtout, au moment des règles, elle est fréquemment sujette à des migraines tenaces, accompagnées de véritables « douleurs » siégeant sur toute la hauteur de la nuque et durant plusieurs jours sans interruptions.

A l'examen. : Bon état général. L'expectoration est formée de crachats gommeux très mélaniques.

L'examen des divers appareils est négatif.

Au point de vue *hépatique*, le foie n'est pas sensible. On constate l'existence de grains cholestériniens très nets au niveau de la lèvre supérieure. Le dermographisme est facilement mis en évidence. La palpation du fascia lata est douloureuse. On trouve en couture de pantalon de petits grains sensibles à la palpation qui montrent que la malade est une cellulalgique nodulaire. C'est ainsi que l'on explique le torticolis qu'elle présente par l'existence de nodules cellulalgiques au niveau de la nuque.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.

2° *Coefficient de Maillard* = 6.

3° *Sang* :

a) Résistance globulaire: $H^1=0,58$; $H^2=0,52$; $H^3=0,46$.

b) Temps de saignement: 2'; temps de coagulation: 9'.

c) Bilirubinémie = +.

d) B.-W. : négatif.

4° *Cuti-réaction peptonée* : ++.

5° *Expectoration* :

Pas de B. K. après homogénéisation.

Fer en milligr. % de crachats secs==0,057.

6° *Radioscopie pulmonaire* : bonne luminosité des deux champs.

OBSERVATION IV

(Service du Professeur PAVIOT)

Insuffisance hépatique se manifestant chez une femme de 52 ans avouant un œno-éthylisme moyen, par de violentes migraines nettement augmentées et provoquées par l'ingestion de lait et d'œufs. Grains cholestériniens de la lèvre supérieure. Troubles digestifs (périduodénite chirurgicale sans lésions vésiculaires ni duodénales). Expectoration rare, gélatineuse et nettement mélanique. Aucun signe clinique ni bactériologique actuel de bacilliose pulmonaire.

C... Dona, 52 ans, ménagère.

La malade entre dans le service pour maux d'estomac.

Dans les antécédents : Rien de particulier.

Personnellement : Pas de maladie de l'enfance. Aucun antécédent pulmonaire. C'est une œno-éthylisme moyenne : 1 litre 1/2 de vin et un verre d'eau-de-vie par jour.

Il y a un mois, la malade se mit à présenter des troubles digestifs caractérisés par des douleurs diffuses survenant irrégulièrement durant toute la journée, consistant en une sensation de brûlure et de fourmillement le long de l'œsophage et au niveau de l'abdomen. Ces brûlures étaient plus nettes après les repas et après ingestion de vin. Ces douleurs s'accompagnaient de régurgitations acides, mais jamais de vomissements, même le matin à jeun; elles n'étaient pas irradiées dans l'épaule.

La malade accusait une constipation opiniâtre et après repas copieux des sensations de pesanteur dans l'épigas-

tre. Elle est alors envoyée en chirurgie, dans le service du Professeur Tixier. L'examen montre :

Weber : < 0.

Analyse d'urines : négative.

Radiographie de l'estomac : négative.

B.-W. : négatif.

Laparotomie le 26 novembre 1929, qui montre un duodénum uni à la vésicule par des adhérences. L'examen méthodique du duodénum et de la vésicule est négatif, ainsi que celui de l'appendice que l'on n'enlève pas. Fermeture totale. Suites d'opération bonnes. Elle est alors envoyée dans le service du Professeur Paviot.

A l'examen : L'état général de la malade paraît satisfaisant. Elle expectore quelques crachats gommeux rares, mais nettement mélaniques.

Le cœur et les *poumons* sont normaux. Le *système nerveux* également.

Au point de vue hépatique : L'abdomen est souple, la palpation ne réveille aucune douleur. Le foie ne déborde pas. La région vésiculaire n'est pas douloureuse. Pas de subictère des conjonctives.

La malade accuse toujours les troubles digestifs décrits précédemment. De plus, ayant été mise à un régime alimentaire d'*œufs* et de *lait*, elle a vu ses troubles *augmenter* et s'accompagner de violentes *migraines*. On trouve une belle ligne de grains cholestériniens sous la muqueuse de la lèvre supérieure. La peau est incontestablement pigmentée. On pourrait croire à une pigmentation ethnique (italienne et vénitienne). Mais sur le thorax, pigmentation rappelant celle des éphélides. Dans les régions scapulaires, dans les plis de flexion, pigmentation intense.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.

2° Coefficient de Maillard=9.

3° Sang :

a) Résistance globulaire : $H^1=0,62$; $H^2=0,50$; $H^3=0,42$.

b) Temps de saignement : 2'5; temps de coagulation : 11'.

c) Bilirubinémie=+++.

d) B.-W. : négatif.

4° Cuti-réaction peptonée : +++.

5° Expectoration :

Pas de B. K. après homogénéisation.

Fer en milligr. % de crachats secs=0,076.

6° Radioscopie pulmonaire : normale.

OBSERVATION V

(Service du Professeur PAVIOT)

Crise de foie avec subictère chez un homme de 49 ans, présentant depuis de nombreuses années des symptômes de petite insuffisance hépatique : digestions pénibles avec renvois amers, éructations, pesanteur épigastrique, migraines violentes persistantes et fréquentes avec nausées et scotome sombre ; poussées fréquentes d'urticaire, prurit génital, glycosurie. Fistule borgne interne incisée il y a un an, crachats gommeux et noirâtres. Fragilité sanguine. Aucun signe clinique, ni bactériologique actuel de bacillose pulmonaire.

A... Joseph, 49 ans, ébéniste.

Le malade entre d'urgence à l'hôpital pour perforation gastrique (?).

Dans les antécédents : On relève que sa mère présente des crises hépatiques.

Personnellement : Grippe en 1918. L'année dernière, il a été opéré pour une fistule borgne interne. Il nie éthylisme et spécificité.

Depuis longtemps le malade se plaint de *digestions pénibles* avec renvois amers et acides, éructation, sensation de pesanteur gastrique prolongée après les repas. Il n'a jamais présenté de vomissements, ni de douleurs véritables. Il n'a jamais eu d'hématémèse, ni de *mælena*. Par ailleurs, le malade n'a jamais présenté de coliques hépatiques, ni d'ictère. Mais, par contre, il avoue des *mi-graines* extrêmement fréquentes sous forme de céphalées hémicraniennes très douloureuses et souvent très persistantes avec nausées et scotome sombre. En outre, il présente depuis plusieurs années de l'*urticaire*, surtout marquée au niveau des avant-bras et il souffre d'un prurit génital extrêmement marqué depuis trois ans. Ce prurit semble d'ailleurs évoluer parallèlement à l'urticaire. Il se plaint également de sueurs profuses généralisées.

Jeudi 4 novembre, après un repas normal, le malade s'est couché à 9 h. du soir et s'est aussitôt endormi. A 11 h. 1/2 environ, il fut réveillé brusquement par une douleur très vive mal localisée qui d'emblée occupait tout l'abdomen — la douleur s'irradiait dans le dos et aux épaules, surtout à droite.

Il n'eut ni diarrhée, ni vomissement, ni phénomènes urinaires, ni état syncopal. Une heure après, s'étant mis des cataplasmes très chauds sur le ventre, les douleurs diminuent d'intensité et il put s'endormir.

Le lendemain matin, diarrhée légère. Les douleurs s'étaient suffisamment calmées pour qu'il pût reprendre son travail. Néanmoins, il se sentit las, courbaturé et le soir se coucha après avoir bu seulement un peu de bouillon.

Dès minuit, il fut réveillé par la même douleur que la veille, mais beaucoup plus vive. Inquiet il fit venir le médecin qui constata, paraît-il, que le malade présentait un ventre de « bois ». Pensant à une perforation gastrique, il fit transporter d'urgence le malade à l'hôpital où cependant il ne fut pas aussitôt opéré.

A l'examen : Le malade souffre moins. Il présente très nettement du subictère. Il tousse peu, mais expectore des crachats gommeux nettement mélaniques. L'abdomen est un peu météorisé sans contracture; la palpation est un peu douloureuse au niveau de l'abdomen dans toute son étendue, mais les douleurs provoquées paraissent plus vives au niveau de la région sous-hépatique. Cependant, on ne sent pas le bord inférieur du foie. La vésicule n'est pas perçue.

Au niveau de la verge, lésions mécaniques de grattage avec petites ulcérations au niveau du sillon balano-préputial. Les selles sont décolorées.

Rien de particulier, au cœur, aux *poumons* ni au *système nerveux*.

Six jours après : Le malade quitte le service après avoir signé une décharge. La température est encore subfébrile. Il existe un peu d'empâtement dans l'hypocondre droit. Les urines sont claires. Les matières se sont recolorées.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines* : présence de sucre, pas d'albumine, présence de pigments biliaires, pas de sels, pas d'urobiline.

2° *Coefficient de Maillard*=8.

3° *Sang* :

a) Résistance globulaire: $H^1=0,62$; $H^2=0,54$; $H^3=0,44$.

b) Temps de saignement: 2'5; temps de coagulation: 12'.

c) Bilirubinémie=++.

d) B.-W. : négatif.

4° *Cuti-réaction peptonée* : ++.

5° *Expectoration* :

Pas de B. K. après homogénéisation.

Fer en milligr. % de crachats secs=0,070.

6° *Radioscopie pulmonaire* : normale.

OBSERVATION VI
(Service du Professeur PAVIOT)

Insuffisance hépatique se manifestant chez une jeune fille de 19 ans, par des migraines aux règles avec vertiges, nausées, hyperesthésie du cuir chevelu, des troubles digestifs précoces avec vomissements, diarrhée post-prandiale provoquée par l'ingestion de lait, d'œufs, de corps gras; une infiltration cellulitique aux divers points d'élection, des grains cholestériens de la lèvre supérieure, des troubles vaso-moteurs.

Pleurésie à l'âge de 10 ans, aucune manifestation pleuro-pulmonaire ultérieure. Expectoration gommeuse nettement tigrée. Fragilité sanguine.

Aucun signe clinique, ni bactériologique actuel de bacillose pulmonaire.

K... Madeleine, 19 ans, tisseuse.

La malade est envoyée dans le service pour maladie de foie.

Dans ses antécédents : Rien de particulier.

Personnellement : Coqueluche et rougeole dans l'enfance. A l'âge de 7 ans, pleurésie à début insidieux qui l'aurait tenue un mois alitée. La ponction aurait retiré un liquide très clair, léger, citrin. A la suite d'un bain dans un étang glacé, elle eut pendant 3 mois un point pleurétique au niveau de l'hémithorax droit. Depuis, la malade se plaint de nombreux malaises : lassitude générale au moindre effort, diarrhée survenant après les repas, quels que soient les aliments ingérés, vomissements survenant systématiquement après l'ingestion de certains aliments : crème, graisses et surtout œufs; d'autres aliments comme le lait ne donnent pas lieu à des vomissements, mais déterminent des douleurs épigastriques consistant essentiellement en sensation de lourdeur,

D'autre part, les règles sont précédées et s'accompagnent de *migraines*, douleurs frontales avec hyperesthésie du cuir chevelu à prédominance matutinale surtout au réveil et s'accompagnant de sensations vertigineuses et de nausées.

Il y a 15 jours, perte de l'appétit et brusquement, au cours de son travail, elle fut prise d'une douleur vive dans l'hypocondre droit qui l'obligea à s'aliter, douleur qui atteignit d'emblée son maximum, avec des irradiations à l'épaule droite et au bras droit, qui persista 48 h. en s'atténuant progressivement et qui était accompagnée au début de vomissements répétés et bilieux et de débâcles diarrhéiques. La température ne fut pas prise, mais la malade ressentit une sensation de froid. Elle n'eut pas d'ictère.

A l'examen : Jeune fille bien constituée, bon aspect général. Elle ne tousse pas. Son expectoration est formée de crachats gommeux nettement tigrés.

Au point de vue hépatique : Le bord antérieur du foie n'est pas perçu mais l'hypocondre droit est douloureux à la pression avec un point d'élection en dehors de la ligne vésiculaire. Dans la région sacro-iliaque droite, on trouve un assez gros nodule cellitique de la dimension d'un gros pois et parfaitement indolore. De même dans les deux fosses temporales on découvre un petit nodule légèrement douloureux; de petits nodules douloureux infiltrent aussi les deux régions carotidiennes, enfin la palpation du bord supérieur des deux trapèzes et de la nuque permet de sentir une infiltration cellitique douloureuse. La raie vaso-motrice apparaît rapidement; elle est très nette, lente à disparaître, mais pas saillante. On trouve avec abondance des grains cholestériniens de la lèvre supérieure.

Rien de particulier aux autres appareils.

EXAMENS PRATIQUÉS

- 1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.
- 2° *Coefficient de Maillard* = 8,5.
- 3° *Sang* :
- a) Résistance globulaire : $H^1=0,54$; $H^2=0,52$; $H^3=0,48$.
 - b) Temps de saignement : 3' 1/2; temps de coagulation : 13'.
 - c) Bilirubinémie = ++.
 - d) B.-W. : négatif.
 - e) *Numération et formule* :
 - Hémoglobine : 90 %.
 - Globules rouges : 4.464.000.
 - Globules blancs : 8.060 : Polynucléaires : 57 % ; mono. : 10 % ; lympho. : 28 % ; éosino. : 5 %.
 - Valeur globulaire : 1,02.
- 4° *Expectoration* :
Pas de B. K. après homogénéisation.
Fer en milligr. % de crachats secs = 0,047.
- 5° *Radioscopie pulmonaire* : normale.
- 6° *Crise hémoclasique digestive provoquée* :
Avant le lait, globules blancs = 8.910.
Après le lait, globules blancs = 8.080.

OBSERVATION VII

(Service du Professeur PAVIOT)

Insuffisance hépatique se traduisant chez une jeune fille de 22 ans, par des migraines, du prurit et des poussées urticariennes provoquées ou augmentées par l'ingestion de lait, d'œufs, de fromages; des hémorroïdes, des crises hépatiques sans ictère, de l'asthénie matinale, des troubles vaso-moteurs (dermographie saillant, alternative de rougeur et de pâleur, bouffées de chaleur post-prandiales, sueurs profu-

ses); des grains cholestériniens de la lèvre supérieure, des infiltrats et nodules cellulitiques à tous les points d'élection. Crachats gommeux, rares, fortement tigrés. Fragilité sanguine. Aucun signe clinique, ni bactériologique actuel de bacillose pulmonaire.

S... Gilberte, 22 ans, employée.

La malade entre dans le service pour céphalées fréquentes et pour phénomènes gastro-hépatiques marqués.

Dans les antécédents : Ethylisme chez le père.

Personnellement : Aucune maladie grave dans l'enfance, mais constipation opiniâtre depuis son plus jeune âge. Réglée à 14 ans. Les règles sont un peu douloureuses, s'accompagnant de vomissements alimentaires et bilieux. De même, elle souffre depuis ce moment de *céphalées* extrêmement vives, surtout après le repas et durant plusieurs heures, localisées particulièrement au côté gauche. Il y a deux ans, souffrant de crises hémorroïdaires très douloureuses, compliquées de fistule anale, elle fut opérée par le Docteur Ricard pour ses hémorroïdes et une rétroversion d'utérus. Ses règles sont moins douloureuses, les selles également, mais la *constipation* et les *céphalées persistent* comme autrefois. Le matin, au réveil, la malade ressent des courbatures douloureuses et se déclare bien plus fatiguée qu'à la fin de la journée. De plus, très fréquemment, elle présente des poussées d'urticaire avec prurit intense, surtout après ingestion de *poissons, laits et œufs*. D'ailleurs, elle mange fort peu d'œufs, très peu de lait, pas de fromages, « parce qu'elles les digèrent mal et qu'ils lui occasionnent des nausées ».

La malade se plaint de sueurs fréquentes et de troubles vaso-moteurs accentués, alternative de pâleur et de rougeur, bouffées de chaleur ou sensation brusque de froid.

Depuis, tous ces malaises ont augmenté d'intensité, tandis qu'ont apparu des douleurs sourdes, peu vives,

siégeant dans l'hypocondre droit et s'irradiant dans le dos en ceinture. La malade est alors envoyée dans le service.

A l'examen : Etat général qui paraît excellent. Pas d'amaigrissement. Température à 37°2. Son expectoration est formée de rares crachats gommeux et fortement tigrés.

L'examen du *cœur*, des *poumons* et du *système nerveux* ne montre rien de particulier.

Au point de vue hépatique : La palpation est un peu douloureuse au niveau de l'hypocondre droit. Le foie déborde très légèrement les fausses côtes.

Le dermographisme est assez net, légèrement saillant. Il y a des grains cholestériniens dans la lèvre supérieure.

Enfin on trouve des infiltrats et nodules cellulalgiques au niveau du V deltoïdien, dans le dos, au niveau des crêtes iliaques, de chaque côté de la colonne lombaire et au niveau des insertions du trapèze et du grand dorsal.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines :* ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.

2° *Coefficient de Maillard* = 7,5.

3° *Sang :* .

a) Résistance globulaire: $H^1=0,62$; $H^2=0,54$; $H^3=0,42$.

b) Temps de saignement: 3'; temps de coagulation: 12'.

c) Bilirubinémie = + + +.

d) B.-W. : négatif.

4° *Cuti-réaction peptonée :* = + +.

5° *Expectoration :*

Pas de B. K. après homogénéisation.

Fer en milligr. % de crachats secs = 0,072.

6° Radioscopie pulmonaire : normale.

OBSERVATION VIII

(Service du Professeur PAVIOT)

Insuffisance hépatique se traduisant chez uné jeune fille de 23 ans, par des migraines post-prandiales avec vertiges, des troubles digestifs, de l'acné dorsale, signes aggravées par les règles, des nodules cellulitiques para-vertébraux et à l'insertion humérale du deltoïde. Quelques rares crachats gommeux et poussiéreux. Fragilité sanguine.

Aucun signe clinique, ni bactériologique actuel de bacillose pulmonaire.

S... Hélène, 23 ans, s. p.

La malade est envoyée dans le service pour examen radioscopique au cours d'une pneumopathie chronique. Au cours de son bref séjour dans le service, l'interrogatoire révèle toute une série de troubles d'ordre hépatique. Expectoration formée de crachats gommeux et poussiéreux. L'examen montre l'existence de nodules cellulitiques para-vertébraux à gauche et d'un petit nodule à l'insertion deltoïdienne droite.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni fragments, ni urobiline.

2° *Coefficient de Maillard* = 7,5.

3° *Sang* :

a) Résistance globulaire : $H^1=0,50$; $H^2=0,44$; $H^3=0,34$.

b) Temps de saignement : 3'; temps de coagulation : 12'.

c) Bilirubinémie = 0.

d) B.-W. : négatif.

4° *Cuti-réaction peptonée* : négative.

5° *Expectoration* : .

Pas de B. K. après homogénéisation.

Fer en milligr. % de crachats secs = 0,023.

6° *Radioscopie pulmonaire* : sommets clairs, ombres hilaires.

OBSERVATION IX

(Service du Professeur PAVIOT)

Insuffisance hépatique se traduisant chez une femme de 41 ans, par des migraines et des poussées urticariennes ayant débuté dès l'adolescence, provoquées ou augmentées par l'ingestion de lait, de graisses; grains cholestériniens de la lèvre supérieure; nodosités cellulalgiques thoraco-abdominales. Crachats rares et gélatineux fortement tigrés; fragilité sanguine. Aucun signe clinique ni bactériologique actuel de bacillose pulmonaire.

B... Marie, 41 ans, s. p.

La malade entre dans le service pour troubles gastriques.

Dans les antécédents : Rien de particulier.

Personnellement : Fièvre typhoïde à 8 ans. En 1920, otite post-grippale. Mariée, elle a 2 enfants, qui seraient sujets aux bronchites; elle a eu 2 fausses couches à 3 mois, postérieures à ces deux enfants.

Depuis son adolescence, la malade se plaint de migraines fréquentes et violentes, s'accompagnant parfois de vomissements, en corrélation avec l'ingestion de graisse ou de lait. De même, ces aliments provoquent assez souvent des *poussées urticariennes*. Depuis un mois, elle se plaint en plus de troubles gastriques consistant en une sensation de faim douloureuse avec angoisse, nausées, sensation de constriction gastrique, surtout le matin à jeun, et se calmant le soir.

A l'examen : Bon état général. Température à 37°8. Son expectoration, rare d'ailleurs, est formée de crachats gélatineux, fortement tigrés.

L'examen des divers appareils est *négatif*.

Au point de vue hépatique : On trouve des grains cholestériniens dans la lèvre supérieure, ainsi que quelques nodules thoraco-abdominaux.

La malade revient se montrer quelques mois après. Elle est très améliorée par le traitement hépatique. Elle souffre de quelques douleurs gastriques insignifiantes, a toujours de l'urticaire, mais dans l'ensemble va bien.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni fragments, ni urobiline.

2° *Coefficient de Maillard* = 6.

3° *Sang* :

a) Résistance globulaire : $H^1=0,60$; $H^2=0,54$; $H^3=0,46$.

b) Temps de saignement : 3'; temps de coagulation : 10'.

c) Bilirubinémie = ++.

d) B.-W. : négatif.

4° *Cuti-réaction peptonée* : ++.

5° *Expectoration* :

Pas de B. K. après homogénéisation.

Fer en milligr. % de crachats secs = 0,061.

6° *Radioscopie pulmonaire* : normale.

OBSERVATION X

(Service du Professeur PAVIOT)

Petite insuffisance hépatique chez une jeune fille de 15 ans caractérisée par des migraines frontales fréquentes avec nausées, et par des troubles digestifs précoces, avec congestion de la face et somnolence.

Coefficient de Maillard: 13,15. Rhumes fréquents. Expectorations gélatineuses et tigrées. Fragilité sanguine.

Aucun signe clinique, ni bactériologique actuel de bacillose pulmonaire.

G... Victorine, 15 ans, corsetière.

La malade entre dans le service pour point de côté datant de 2 ans.

Dans ses antécédents : Rien de particulier.

Personnellement : A l'âge de 2 ans, méningite cérébro-spinale. Vers la même époque, bronchite puis rougeole et varicelle.

Depuis 2 ans, la malade se plaint d'un point de côté qui apparaît à l'occasion de mouvements: effort ou respiration, surtout lorsqu'elle s'est fatiguée. Depuis longtemps elle souffre de céphalées fréquentes, sans scotome, siégeant dans la région frontale et s'accompagnant parfois de nausées. Les digestions sont pénibles, douloureuses, sans vomissements et occasionnent de la rougeur de la face et de la somnolence.

A l'examen : Malade apyrétique, un peu pâle, pas d'amaigrissement notable. Elle expectore quelques crachats gélatineux et tigrés.

L'examen pulmonaire : Montre au poumon gauche un peu d'hypersonorité à la base. Un peu de skodisme sous la clavicule. *A l'auscultation,* respiration un peu soufflante au sommet et à la base. Pas d'adventices.

Le foie n'est pas perçu et n'est pas douloureux.

Rien de particulier aux autres appareils.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines :* ni sucre, ni albumine, traces de sels, ni pigment, ni urobiline.

2° *Coefficient de Maillard* = 13,15.

3° *Sang :*

- a) Résistance globulaire: $H^1=0,50$; $H^2=0,44$; $H^3=0,36$.
- b) Temps de saignement: 3'; temps de coagulation: 11'.
- c) Bilirubinémie=+.
- d) B.-W.: négatif.
- e) Crise hémoclasique digestive provoquée :
Avant le lait=8.990.
Après le lait=7.750.
- 4° *Cuti-réaction peptonée* : +.
- 5° *Expectoration* :
Pas de B. K. après homogénéisation.
Fer en milligr. % de crachats secs=0,025.
- 6° *Radioscopie pulmonaire*: normale.

OBSERVATION XI

(Service du Professeur PAVIOT)

Insuffisance protéopexique du foie, datant de l'enfance (urticaire à 9 ans), beaucoup plus marquée depuis 3 ans, chez une femme de 32 ans, caractérisée par des troubles digestifs précoces provoqués par l'ingestion de laitages, d'œufs, d'aliments gras; de la somnolence post-prandiale, des alternatives de diarrhée et de constipation, des migraines unilatérales avec nausées et vertiges, des troubles vaso-moteurs (crises sudorales, dermographisme exagéré), des infiltrats cellulitiques. Rhumes fréquents. Expectoration gommeuse très mélanique. Fragilité sanguine.

Aucun signe clinique, ni bactériologique actuel de bacillose pulmonaire.

D... Léonie, 32 ans, s. p.

La malade est envoyée dans le service pour fatigue générale datant déjà de quelques mois.

Dans les antécédents : Rien de particulier.

Personnellement : Rougeole dans l'enfance. A l'âge de 9 ans, à l'occasion de l'ingestion de fruits, dit-elle, crise d'*urticaire* qui dura 15 jours et nécessita son entrée à l'hôpital de Montpellier. Régée à 12 ans. Les règles sont légèrement douloureuses.

A 29 ans, « à la suite d'un froid », congestion pulmonaire qui dura 15 jours. Depuis cette époque, elle s'enrhume facilement, tous les hivers.

Elle se plaint également depuis sa congestion de certains troubles digestifs : douleur siégeant au creux épigastrique quelques instants après les repas, sans irradiation et n'apparaissant qu'après l'ingestion de *certain*s aliments : lait, œufs, graisse, charcuterie; de pesanteur gastrique et de tendance au sommeil post-prandiale, d'alternative de diarrhée et de constipation. Elle souffre aussi de *migraines* frontales et occipitales accompagnées de vertiges et de nausées, sans scotome.

Il y a 15 jours, la malade fut plus fatiguée, elle ressentit des vertiges et eut de la fièvre (39° pendant 3 ou 4 jours). Son état de lassitude persistant elle entre à l'hôpital.

A l'examen : L'état général semble satisfaisant, pas d'amaigrissement notable. La température est à 37°9. La toux, peu fréquente, s'accompagne d'une expectoration formée de quelques crachats gommeux et très mélanique.

L'examen pulmonaire est complètement négatif.

Au point de vue hépatique : La malade se plaint d'asthénie, d'anorexie, de céphalées unilatérales avec nausée, de sueurs nocturnes. Le dermatographisme est très net. Le foie et la rate ne sont pas perçus. La palpation au niveau du V deltoïdien à gauche permet de sentir quelques travées cellulitiques un peu douloureuses.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigments, ni urobiline.

2° *Coefficient de Maillard* = 7.

3° *Sang* :

a) Résistance globulaire: $H^1=0,60$; $H^2=0,56$; $H^3=0,46$.

b) Temps de saignement: 2'; temps de coagulation: 10'.

c) Crise hémoclasique digestive provoquée :

Avant le lait : 6.800.

Après le lait : 5.580.

d) Bilirubinémie=+++.

e) B.-W. : négatif.

4° *Cuti-réaction peptonée* : +++.

5° *Expectoration* :

Pas de B. K. après homogénéisation.

Fer en milligr. % de crachats secs=0,065.

6° *Radioscopie pulmonaire* : champs pulmonaires normaux; cœur normal.

OBSERVATION XII

(Service du Professeur PAVIOT)

Insuffisance hépatique, se traduisant chez une femme de 40 ans, ayant eu la typhoïde à 9 ans et ayant présenté un cholécystite calculeuse traitée par la cholécystectomie, par des migraines frontales typiques, des coryzas à répétitions de type hydorréique, des accès asthmatiformes. Nodosités et infiltrats cellulalgiques aux sièges habituels. Expectoration gommeuse et fortement tigrée. Fragilité sanguine.

Aucun signe clinique, ni bactériologique actuel de bacillose pulmonaire.

M... Joséphine, 40 ans, s. p.

La malade est envoyée dans le service pour toux et dyspnée asthmatiforme.

Dans les antécédents : Rien de particulier.

Personnellement : Elle a eu la rougeole dans l'enfance.

A 9 ans la typhoïde. Réglée à 11 ans régulièrement. Mariée, elle a eu 3 enfants, pas de fausses couches. Depuis 1920, la malade se plaignait de nombreux malaises : asthénie complète, douleurs abdominales dans la zone iliaque droite, migraines frontales à horaires très irréguliers, mais pas d'ictère. Pas de crise d'urticaire. Constipation fréquente. Brusquement, le 28 février 1928, colique hépatique : douleurs dans l'hypocondre droit irradées à l'épaule, vomissement bilieux abondants. On ne peut faire préciser s'il y a eu dans les jours qui suivirent du subictère; pigmentation des urines, décoloration des selles. La malade est examinée par le Docteur Cotte, qui, le 2 mars, pratique une cholécystectomie. La vésicule enflammée contenait de petits calculs. Suites d'opération normales. La malade, il y a deux semaines, a présenté brusquement des crises de dyspnée asthmatiforme, survenant irrégulièrement et avec une grande violence. La malade attribue ces crises à des rhumes de cerveau auxquels elle est fréquemment sujette. Il y a deux jours, la malade a eu une nouvelle crise de dyspnée, après laquelle elle présenta une toux violente, persistante, accompagnée d'expectoration muqueuse à teinte parfois rosée, striée de noir. Son médecin consulté l'envoie à l'hôpital.

A l'examen : La malade a présenté la nuit de son admission dans le service, une crise asthmatiforme suivie d'une toux quinteuse et d'une expectoration aqueuse abondante, dans laquelle on trouve quelques crachats gommeux et tigrés. Elle présente également du coryza hydorrhéique chronique. Rien au cœur. T. A.: 120/70.

Aux poumons : La respiration est forte et bruyante avec des sibilances dans toute l'étendue des deux poumons.

Au point de vue hépatique : On détermine une zone douloureuse à l'épigastre et dans l'hypocondre droit.

Le foie déborde d'un travers de doigt le rebord costal, il est mou et douloureux.

La malade présente des nodosités cellulalgiques très douloureuses à la pression, dans la région lombaire droite, dans la fosse sus-épineuse et le long du tenseur du fascia lata.

EXAMENS PRATIQUÉS

- 1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigments, ni urobiline.
- 2° *Coefficient de Maillard*=8.
- 3° *Sang* :
 - a) Résistance globulaire: $H^1=0,56$; $H^2=0,50$; $H^3=0,42$.
 - b) Temps de saignement: 2'; temps de coagulation: 14'.
 - c) Bilirubinémie=0.
 - d) B.-W. : négatif.
- 4° *Cuti-réaction peptonée* : 0.
- 5° *Expectoration* :

Pas de B. K. après homogénéisation.

Fer en milligr. % de crachats secs=0,038.
- 6° *Radioscopie pulmonaire* : normale.

II. — Le pseudo-bronchitique chronique

Pour MM. Paviot et Chevallier, le substratum anatomique du syndrome « bronchite chronique et emphysème » serait représenté dans un grand nombre de cas par une sclérose pulmonaire discrète hémossidérosique fréquemment associée à l'hypertrophie cardiaque globale d'allure primitive.

Si l'on veut bien se reporter à la thèse de R. Chevallier, on notera que la triade symptomatique, expectoration sidérofère, fragilité sanguine et petite insuffisance hépatique, était au complet chez 13 malades sur un total de 14 observations.

III. — Le tuberculeux pulmonaire non évolutif ou faiblement évolutif sans B K

OBSERVATION I (Service du Professeur PAVIOT)

Insuffisance hépatique caractérisée par des migraines, soit aux règles, soit après l'ingestion de certains aliments; des poussées urticariennes, des crises asthmatiformes, des ictères à répétition chez une femme de 44 ans, œnolique, syphilitique, ayant eu plusieurs hémoptysies depuis 1920 et présentant des signes discrets de bacillose dans la fosse sous-épineuse gauche. Radioscopie négative. Bacilloscopie négative. Expectoration gommeuse et fortement tigrée. Fragilité sanguine. .

R... Marie, 44 ans.

La malade entre à l'hôpital pour toux et poussée urticarienne. Rien de particulier dans ses *antécédents*.

Personnellement : Elle ne se souvient d'aucune maladie dans l'enfance ; tous les ans elle aurait, dit-elle, des bronchites en hiver. Elle a eu plusieurs *hémoptysies* pour lesquelles elle a été envoyée à Sainte-Eugénie. Elle avoue éthylisme et spécificité. Elle a d'ailleurs été traitée à St-Pothin pour plaques muqueuses des grandes lèvres.

Au point de vue hépatique : La malade raconte qu'elle est souvent sujette à des crises d'asthme nocturnes, l'obligeant à s'asseoir sur son lit et se terminant par une crise de toux sans expectoration. Elle se plaint de fréquentes céphalées. Ses règles, avant l'hystérectomie totale qu'elle a subie en 1920, pour salpingite, étaient douloureuses et s'accompagnaient d'accidents migrainoïdes. Elle aurait eu un ictère à l'âge de 20 ans à la suite d'une

émotion; depuis, ictères à répétition accompagnés de constipation.

A l'examen : Malade au facies coloré. Elle tousse et expectore des crachats gommeux fortement tigrés.

La malade est couverte d'une éruption urticarienne discrète localisée surtout au visage et qu'elle attribue au poisson ingéré dans la semaine. Cette urticaire est très prurigineuse et oblige la malade à se gratter. Elle aurait d'ailleurs eu souvent de l'urticaire à la suite de l'ingestion de poisson et de fraises.

La malade présente des signes nets d'éthylisme : tremblement des extrémités, zoopsies, céphalées frontales.

Aux poumons : Quelques rares craquements aux deux temps dans la fosse sous-épineuse gauche.

L'examen abdominal montre un foie un peu douloureux débordant les fausses côtes de deux travers de doigt.

Rien de particulier au cœur ni à l'examen du système nerveux.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.

2° *Coefficient de Maillard*=5,5.

3° *Sang* :

a) Résistance globulaire: $H^1=0,56$; $H^2=0,50$; $H^3=0,42$.

b) Temps de saignement: 3'; temps de coagulation: 13'.

c) Bilirubinémie.

d) B.-W. : positif.

4° *Cuti-réaction peptonée* : +++.

5° *Expectoration* :

Pas de B. K. même après homogénéisation.

Fer en milligr. % de crachats secs=0,049.

6° *Radioscopie pulmonaire* : aspect normal.

OBSERVATION II

(Service du Professeur PAVIOT)

Petite insuffisance hépatique caractérisée par des migraines violentes, des nodosités cellulalgiques, une crise hémoclasique digestive provoquée positive chez une jeune fille de 20 ans, impaludée, présentant une bacillose pulmonaire à prédominance fibreuse à signes très discrets. Bacilloscopie négative (au Dispensaire anti-tuberculeux, cependant quelques rares bacilles). Expectoration gommeuse fortement mélanique. Fragilité sanguine.

P... Jeanne, 20 ans, couturière.

La malade est envoyée par le dispensaire antituberculeux.

On relève dans *ses antécédents* que sa mère est morte de laryngite tuberculeuse à 40 ans et qu'elle a un frère qui a présenté une adénopathie de l'enfance.

Personnellement : Elle a eu la rougeole dans l'enfance. Il y a trois ans, elle a fait un épisode qualifié : pleurésie, à gauche, non ponctionnée, avec température à 39°, ayant duré un mois. Envoyée à la campagne, son état s'améliore et elle peut reprendre son travail.

En décembre dernier, au cours d'un séjour en Algérie, elle fit un accès de paludisme et on lui trouva à ce moment un gros foie et une grosse rate.

Revenue en France, elle ressentit à son retour un point de côté au sommet droit avec élévation de la température à 39°, délire qui dura 8 jours. La température baissa progressivement et redevint normale au bout d'un mois. Suivie par le Dispensaire antituberculeux, on lui a fait successivement trois examens de crachats dont un seul a montré la présence de très rares B. K. On aurait également constaté à la radioscopie des signes de tuberculose du sommet droit.

A l'examen : L'état général paraît satisfaisant. La malade aurait cependant maigri de 6 à 7 kgr. Elle tousse un peu et expectore des crachats gélatineux et fortement tigrés.

Au point de vue hépatique : Le foie ne déborde pas les fausses côtes. La malade se plaint de *migraines* fréquentes et violentes, bilatérales et survenant de préférence le matin. Rate non perçue.

La palpation des régions lombaires et du fascia lata permet de déceler quelques infiltrats et nodosités cellulalgiques.

Aux poumons : Légère diminution de sonorité des deux sommets, surtout du droit, avec respiration soufflante en arrière, à droite; un peu granuleuse en avant mais sans foyers de râles.

Rien de particulier du côté du cœur et du système nerveux.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.

2° *Coefficient de Maillard* = 8,60.

3° *Sang* :

a) Résistance globulaire: $H^1=0,56$; $H^2=0,50$; $H^3=0,40$.

b) Temps de saignement: 2'; temps de coagulation: 12'.

c) Bilirubinémie = 0.

d) B.-W. : négatif.

4° *Cuti-réaction peptonée* : ++.

5° *Expectoration* :

Pas de B. K. après homogénéisation.

Fer en milligr. % de crachats secs = 0,037.

6° *Radioscopie pulmonaire* : léger voile des deux sommets.

OBSERVATION III
(Service du Professeur PAVIOT)

Insuffisance hépatique caractérisée par de violentes migraines, avec vomissements, des poussées d'urticaire et d'acné, des épistaxis à répétitions, des troubles digestifs précoces, des infiltrats cellulitiques, de l'hyperhydrose, chez une jeune fille de 23 ans à antécédents familiaux d'asthme et de migraine, ayant eu trois hémoptysies et présentant des signes très discrets au sommet gauche (quelques craquements disparus à un examen ultérieur), radioscopie négative. Bacilloscopie négative.

Quelques rares crachats adhérents, gommeux et nettement mélaniques. Fragilité sanguine.

De F... Jeanne, 23 ans, couturière.

La malade est envoyée du Dispensaire pour céphalées et maux d'estomac.

Dans les antécédents : Le père, âgé de 52 ans, présente actuellement une maladie de foie et de violentes migraines ; une sœur et un frère sont morts de méningite à l'âge de 2 ans ; une sœur est asthmatique.

Personnellement : Aucune maladie de l'enfance. Réglée à 15 ans. Les règles sont douloureuses, irrégulières, avec pertes blanches.

Consécutivement à l'apparition des premières règles elle eut un ictère léger qui dura 15 jours puis s'installa un syndrome particulier caractérisé par de l'asthénie, de l'anorexie, perte de sommeil. A cette époque la malade commençait également à présenter des *migraines*, de l'*hyperhydrose* et des *épistaxis à répétition*. A l'âge de 19 ans, recrudescence de tous ces phénomènes avec légère augmentation de la température. Elle fut alors envoyée par le dispensaire dans une maison de convales-

cence à Burcin où elle aurait présenté 3 *hémoptysies* peu abondantes, de nouvelles migraines très tenaces et violentes et plusieurs poussées d'urticaire.

Depuis 3 mois la malade a présenté progressivement les troubles suivants : Après avoir mangé elle ressent des douleurs épigastriques, parfois rétrosternales, consistant en brûlures, et parfois qui s'accompagnent de *vomissements*.

De plus, en même temps que l'apparition de ces douleurs stomacales, la malade a vu les *migraines* augmenter d'intensité ; elles sont caractérisées par une barre frontale et temporale gauche avec sensation de brouillard devant les yeux, s'accompagnant de vomissements lorsque la malade a mangé. Elle a noté une augmentation de la sudation et un amaigrissement de 3 kgs.

A l'examen : Jeune fille au facies pâle ; légère température subfébrile. La toux peu fréquente s'accompagne d'une expectoration gommeuse et fortement tigrée.

Aux poumons : La sonorité est normale mais aux deux sommets augmentation des vibrations.

A l'auscultation : On entend en arrière, à gauche, dans la fosse sus-épineuse, quelques rares craquements, surtout après la toux. Aucun bruit adventice à droite. Légers frottements à la base droite.

Au point de vue hépatique : Le foie paraît normal, cependant on obtient un point douloureux provoqué à la pression de la région vésiculaire.

La malade accuse toujours les douleurs gastriques citées plus haut : brûlures ou crampes douloureuses. Les migraines sont toujours tenaces et la sudation abondante et généralisée à prédominance nocturne. Depuis 6 mois elle a des boutons d'acné, ne déterminant pas de prurit et localisés surtout sur la face postérieure du thorax. Elle accuse, en outre, certains points douloureux abdominaux très nets ; l'un médian épigastrique et l'autre dans la fosse iliaque gauche.

La palpation en couture de pantalon est douloureuse, de même la pression des masses musculaires des gouttières vertébrales et des lombes réveille de la douleur, surtout au niveau de la crête iliaque. On ne sent pas des nodosités, mais des infiltrats diffus.

Rien de particulier au cœur ni au système nerveux.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.

2° *Coefficient de Maillard* = 6,5.

3° *Sang* :

a) Résistance globulaire: $H^1=0,60$; $H^2=0,52$; $H^3=0,46$.

b) Temps de saignement: 3'; temps de coagulation: 13'.

c) Bilirubinémie = +.

d) Crise hémoclasique digestive provoquée = négative.

e) B.-W. : négatif.

4° *Cuti-réaction peptonée* : ++.

5° *Expectoration* :

Pas de B. K. même après homogénéisation.

Fer en milligr. % de crachats secs = 0,061.

6° *Radioscopie pulmonaire* : sommets clairs, petites ombres hilaires ; effacement du sinus costo-diaphragmatique droit.

OBSERVATION IV

(Service du Professeur PAVIOT)

Petite insuffisance hépatique caractérisée par des migraines aux règles, des troubles nauséux, après ingestion de lait, un dermographisme saillant, des nodosités et infiltrats cellulalgiques ; un choc hémoclasique digestif positif, chez une jeune fille de 17 ans, suspecte de bacillose pulmonaire (deux hémoptysies, léger voile radioscopique du sommet droit,

*respiration saccadée). Aucun signe d'évolutivité ;
bacilloscopie négative.*

*Expectoration gommeuse, nettement mélanique,
fragilité sanguine.*

G... Irma, 17 ans, employée.

La malade entre dans le service à la suite de 2 hémoptysies dont la première remonte à 3 mois.

Dans les antécédents : La malade est la 5^e de 7 enfants ; 1 sœur est morte de péritonite bacillaire à 22 ans ; 1 sœur âgée de 23 ans souffre du foie (ictère, douleur dans l'hypocondre droit, « gros foie »).

Personnellement : Aucune maladie grave ; pas d'adénite ; pas de phénomènes articulaires ; jusqu'alors bien portante, au cours de l'année 1928 la malade devient asthénique, anorexique, sans cependant maigrir sensiblement. Sueurs nocturnes abondantes assez fréquentes. Les troubles digestifs prédominent : nausées immédiatement après les repas, surtout après ingestion de *café au lait* et d'*œufs* qu'elle avait à peu près complètement supprimés. Elle n'a pas eu d'urticaire, mais des *migraines* fréquentes, surtout au moment des règles.

En février 1929, apparaît une *première hémoptysie* ; la malade, pendant 3 jours, expectore des crachats franchement rouges.

Ayant consulté au dispensaire, la radioscopie montre : sommet droit gris ne s'éclairant pas à la toux. Sommet gauche pas très clair. Le médecin conseille à la malade un séjour à Hauteville. Le 6 mai, *deuxième hémoptysie* ; la malade entre alors dans le service.

A l'examen : Etat général assez bon ; l'amaigrissement est peu important ; température à 37°4. La malade tousse peu et expectore quelques rares crachats gommeux et très mélaniques.

Aux poumons : On trouve une très légère submatité du sommet droit, et une exagération des vibrations assez

marquée. La respiration est un peu rude et soufflante aux deux sommets, mais ni râles fins ni craquements.

Au point de vue hépatique : La palpation réveille une douleur très vive au niveau de l'hyponcondre droit, douleur très localisée siégeant très en dehors de la ligne médiane à 2 travers de doigt au-dessous des fausses côtes. L'épiderme de la malade est soulevé par une multitude de petites élevures noirâtres qui correspondent chacune à la racine d'un poil et qui donnent à la peau un aspect chagriné. Cet aspect s'étend à peu près à tout le corps ; la face et les mains seules sont indemnes.

La malade n'a pas de grains cholestériniens de la lèvre supérieure. Elle présente un dermographisme net saillant. Enfin on trouve quelques nodules et infiltrats cellulalgiques très douloureux à la pression au niveau des 2 crêtes iliaques, à l'insertion des muscles de la nuque, ainsi qu'au niveau du V deltoïdien.

L'examen du cœur et du système nerveux ne montre rien de particulier.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines :* ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.

2° *Coefficient de Maillard* = 7,2.

3° *Sang :*

a) Résistance globulaire: $H^1=0,58$; $H^2=0,50$; $H^3=0,42$.

b) Temps de saignement: 3'; temps de coagulation: 11'.

c) Bilirubinémie = +.

d) B.-W. : négatif.

4° *Cuti-réaction peptonée :* +.

5° *Expectoration :*

Pas de B. K. même après homogénéisation.

Fer en milligr. % de crachats secs = 0,057.

6° *Radioscopie pulmonaire :* léger voile du sommet droit.

OBSERVATION V
(Service du Professeur PAVIOT)

Petite insuffisance hépatique se traduisant par des troubles digestifs précoces, de la somnolence post-prandiale, une éruption urticarienne généralisée, de l'hyperhydrose chez un homme de 32 ans, œnolique moyen, à région vésiculaire sensible, ayant présenté de petites hémoptysies à répétition. Aucun signe d'évolutivité. Bacilloscopie négative. Bacillose fibreuse probable.

*Expectoration gélatineuse et fortement tigrée.
Fragilité sanguine.*

B... Oscar, 32 ans, maçon.

Le malade entre dans le service pour affection pulmonaire chronique et pour dyspnée et asthénie progressive.

Dans les antécédents : Rien de particulier.

Personnellement : Rougeole ; varicelle ; scarlatine à 23 ans. Il nie la spécificité. Œnilisme moyen, 2 litres par jour. Depuis la guerre, le malade présente chaque hiver des épisodes pulmonaires caractérisés par de la toux, de l'expectoration abondante et par de la fièvre. L'hiver dernier, il présenta de plus à 4 ou 5 reprises de petites hémoptysies, et depuis le malade dit avoir maigri de 8 kgs.

A l'examen : Malade apyrétique, en apparence bien portant, cependant visage un peu amaigri. Il tousse et expectore des crachats gommeux fortement tigrés.

Aux poumons : On trouve dans les deux poumons une respiration particulièrement soufflante. Il existe en outre, disséminées dans toute leur étendue, des sibilances qui ne s'accompagnent d'aucun autre râle.

C'est en vain, en effet, que l'on recherche particulièrement aux sommets un foyer de râles qui traduiraient

l'imprégnation tuberculeuse ; tout se borne à cette respiration soufflante et à ces râles sibilants diffus.

Le foie est un peu douloureux à la palpation.

Rien de particulier au cœur ni au système nerveux. Pas de B. K. dans l'expectoration.

Malgré l'absence de signes pulmonaires en foyers, le début insidieux, la température subfébrile, les hémoptysies semblent bien traduire un processus bacillaire fibreux probable.

Le malade est envoyé à Lonchène.

Le malade revient dans le service pour la deuxième fois le 27 mars 1930.

Il était sorti bien rétabli de Lonchène, mais il revient pour une éruption cutanée, apparue il y a 2 jours. Mercredi 26 mars, au cours du repas du soir, le malade s'est aperçu qu'il présentait au niveau du pli du coude une petite éruption en plaque de couleur rose pâle, ne déterminant pas de prurit. Au cours de la nuit, il eut une indigestion caractérisée par des douleurs stomacales soulagées par des vomissements et par une légère diarrhée.

Le jeudi 27 mars, il constata une éruption bien nette au niveau du cou, de la tête puis généralisée à tout le corps ; il se sentait très abattu et asthénique. Vers midi il se mit à présenter brusquement une bouffissure de la face et des poignets avec sensation de chaleur dans ces régions. Il est alors entré à l'hôpital.

A l'examen : Malade présentant un œdème des mains, des pieds et de la face, surtout au niveau des lèvres et des paupières ; la conjonctive gauche est injectée ; il y a du larmolement, pas de photophobie. Sur tout le corps, notamment au niveau des membres inférieurs, on voit un érythème composé d'éléments surélevés parfois confluent, parfois limitant des espaces de peau saine, de couleur rouge ou rose, très prurigineux, au niveau des extrémités et du cou.

Cette éruption ressemble à celle de l'urticaire. Le ma-

lade ne se souvient pas avoir eu auparavant une pareille éruption ; il n'a jamais eu de violentes migraines, mais se plaint de troubles digestifs consistant en brûlures rétrosternales une heure après les repas, brûlures accompagnées de quelques régurgitations. Les digestions sont pénibles, avec sensation de pesanteur abdominale, mais jamais de vomissements. Il se plaint d'une tendance insurmontable au sommeil après le repas du soir. Il n'a jamais eu d'ictère, ni de colique hépatique ; mais il déclare avoir toujours eu des sueurs abondantes provoquées par les efforts ou la chaleur.

On note un point douloureux à la pression dans la région vésiculaire.

Aux poumons : La respiration est soufflante, l'expiration un peu prolongée ; on entend quelques râles ronchus.

Le cœur et le système nerveux semblent normaux.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines :* ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.

2° *Coefficient de Maillard* = 9,6.

3° *Sang :*

a) Résistance globulaire: $H^1=0,58$; $H^2=0,52$; $H^3=0,40$.

b) Temps de saignement: 2'; temps de coagulation: 14'.

c) Bilirubinémie = +.

d) B.-W. : négatif.

4° *Cuti-réaction peptonée :* ++.

5° *Expectoration :*

Pas de B. K. après homogénéisation.

Fer en milligr. % de crachats secs = 0,059.

6° *Radioscopie pulmonaire :* sommets gris; le gauche ne s'éclaire pas à la toux. Sinus costo-diaphragmatique effacé par accollement du diaphragme à la paroi.

IV. — Le tuberculeux pulmonaire non évolutif ou faiblement évolutif avec B K

OBSERVATION I

(Service du Professeur PAVIOT)

Insuffisance hépatique caractérisée par des migraines, de l'urticaire, du prurit, des crises asthmatiques, des crises de foie sans ictère, du dermatographisme saillant, des grains cholestériniens de la lèvre supérieure, des infiltrats cellulalgiques, des troubles digestifs précoces, surtout après ingestion d'œufs, ayant débuté vers la quinzième année, chez une femme de 33 ans présentant des signes de bacillose fibreuse, non évolutive (phrénicectomie). Bacilloscopie positive. Crachats légèrement tigrés. Fragilité sanguine.

Br... Renée, 33 ans, domestique.

Malade envoyée du service du Docteur Dumas.

Dans les antécédents : Elle a eu 17 frères et sœurs dont il reste 1 frère et 3 sœurs vivants. Un de ceux-ci serait asthmatique et ancien gazé.

Personnellement : De 18 mois à 4 ans 1/2, elle serait restée dans le plâtre pour genu valgum double. Oreillons et variole dans l'enfance. A 21 ans, grippe espagnole qui laissa la malade très affaiblie. A 24 ans, une bronchite.

Depuis l'âge de 15 ans, la malade se plaint de renvois acides, d'aigreurs accompagnées parfois de douleurs en ceinture environ une heure après les repas. Elle présente régulièrement tous les hivers des angines qui s'accompagnent d'une forte élévation de température.

La malade attribue à un nettoyage de parquet fait

avec un acide une première crise de dyspnée qu'elle appelle « *emphysème* ». Placée chez un médecin, elle mangeait beaucoup d'œufs « en raison de ses souffrances gastrique ». C'est à ces ingestions d'œufs qu'elle attribue une forte diarrhée avec vomissements ayant persisté 24 heures. En juin 1928, la malade se met à tousser et à expectorer des crachats gommeux et tigrés, où l'on met en évidence des bacilles de Koch. La malade est alors hospitalisée successivement à l'Hôtel-Dieu chez M. Savy, puis à la Croix-Rousse chez M. Bonnamour où elle reste 4 mois. En janvier 1929, elle est envoyée à Hauteville ; un pneumothorax ne peut être pratiqué à cause des adhérences. Le 9 février 1929, phrénicectomie à droite, dans le service du Professeur Bérard. Par la suite, dit la malade, l'hémi-diaphragme droit aurait récupéré ses fonctions et trois examens de crachats auraient été négatifs. C'est après cette phrénicectomie, en avril 1929, que la malade commence à ressentir de violentes douleurs abdominales avec fièvre et diarrhée, qui étonnent d'autant plus la malade qu'elle a toujours été constipée. Entrée à Saint-Genis-l'Argentière en septembre, la malade ressent en janvier 1930 une forte crise douloureuse avec prédominance à droite, suivie de fièvre et de vomissements. Cette crise se renouvelle avec vomissements bilieux trois semaines plus tard dans le service du Docteur Dumas, où la malade avait été envoyée.

A l'examen : L'état général paraît assez bon. L'expectoration est légèrement tigrée. L'examen pulmonaire est négatif. Légère submatité des sommets. La respiration et l'amplitude respiratoire sont à peine diminuées à droite. Pas d'adventices, pas de râles.

Au point de vue hépatique : La malade a eu et a encore des *céphalées fréquentes*, tenaces, signes prémonitoires de crises hépatiques, comme celles qu'elle a eues ces derniers temps. Elle a eu souvent de l'urticaire et accuse actuellement un prurit tenace sur tout le corps, mais

tout particulièrement au niveau de la face interne de la cuisse droite où l'on note des lésions de grattage. Enfin la malade signale des crises d'asthme qui surviennent aussi bien la nuit que le jour, commencent souvent par de l'expectoration et l'obligent à s'asseoir sur son lit pour respirer.

Le foie déborde très légèrement le rebord costal, il est douloureux à la pression, surtout au niveau de la région vésiculaire. A gauche on sent une masse verticale dure qui paraît être le côlon. On note de plus : un dermographisme net, des grains cholestériniens de la lèvre supérieure des infiltrats cellulalgiques au niveau de la crête iliaque, surtout à droite et dans les espaces interscapulaires.

Les autres appareils semblent normaux.

La malade a, 15 jours après son admission, une crise d'asthme typique, qui a duré 1 h. 1/2 et deux jours après une deuxième. Elle est mise au traitement *désensibilisateur* : peptone, adrénaline, chlorure de calcium ; les crises cessent et son état paraissant satisfaisant, la malade quitte le service le 11 mai 1930.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.

2° *Coefficient de Maillard* = 7,2.

3° *Sang* :

a) Résistance globulaire : $H^1=0,56$; $H^2=0,50$; $H^3=0,42$.

b) Temps de saignement : 2'30 ; temps de coagulation : 13'.

c) Bilirubinémie = 0.

d) B.-W. négatif.

4° *Cuti-réaction peptonée* : ++.

5° *Expectoration* :

Rares B. K. en 1928, non retrouvés en 1930 même après homogénéisation.

Fer en milligr. % de crachats secs=0,056.

6° Radioscopie pulmonaire : voile des sommets ; grissaille base droite.

OBSERVATION II

(Service du Professeur PAVIOT)

Insuffisance hépatique caractérisée par des migraines avec nausées, du prurit post-prandial sans urticaire, des troubles digestifs précoces, quelques nodosités cellulalgiques au niveau des lombes et du fascia lata, chez un homme de 58 ans, œnolique, présentant une bacillose fibreuse à marche très lente ayant débuté il y a plusieurs années, à type bronchite chronique et emphysème. Episode pneumococcique récent surajouté. Bacilloscopie positive. Crachats tigrés franchement mélaniques. Fragilité sanguine.

R... Nicolas, 58 ans, terrassier.

Le malade entre dans le service pour dyspnée interdisant tout travail.

Dans les antécédents : Rien de particulier.

Personnellement : Aucune maladie grave dans l'enfance. A 26 ans, pneumonie et pleurésie qui durèrent 1 mois. Œnilisme certain ; 3 litres de vin par jour. Son état actuel semble remonter à sa première affection pulmonaire, pneumonie suivie d'une pleurésie. Mais c'est surtout depuis la guerre que l'essoufflement et l'oppression sont devenus considérables au point d'interdire tout travail. Il y a 10 ans le malade aurait craché du sang, quelques filets seulement, mais depuis 6 mois il a eu de véritables hémoptysies à intervalles réguliers, tandis qu'apparaissaient une toux fréquente et une expectoration abondante. Son état ne faisant qu'empirer il demande son admission à l'hôpital.

A l'examen : Bon aspect général. Il aurait cependant maigri de 15 kgs depuis la fin de la guerre. Température subfébrile. Toux assez fréquente suivie d'une expectoration formée de crachats tigrés parfois franchement mélaniques.

Aux poumons : La palpation et la percussion ne montrent pas de différences bien accusées. *A l'auscultation* : des deux côtés et surtout en arrière on trouve des râles de broncho-alvéolite, ronchus et sibilances qui se font jour parmi une respiration soufflante de type emphysémateux. De plus, à droite, au sommet, on entend un bruit adventice, bulleux, râle muqueux, semble-t-il, au milieu de la sclérose environnante.

Au point de vue hépatique : Rien de particulier à la palpation et à la percussion. Le malade est sujet depuis longtemps à des migraines fréquentes avec nausées. Il souffre de troubles digestifs précoces et de prurit postprandial, mais sans urticaire. Des nodosités cellulalgiques sont décelées au niveau des lombes et du fascia lata.

Les autres appareils paraissent normaux.

Un mois après son admission dans le service, le malade fait une brusque poussée de température à 39°-40°, avec point du côté droit, expectoration gommeuse, râles sous-crépitants fins dans toute l'étendue de la base droite. On a l'impression d'un épisode aigu peut-être pneumococcique greffé sur une vieille sclérose pulmonaire. Tout rentre dans l'ordre dans les 2 mois qui suivent.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.

2° *Coefficient de Maillard* = 8,2.

3° *Sang* :

a) Résistance globulaire : $H^1=0,50$; $H^2=0,44$; $H^3=0,34$.

b) Temps de saignement : 3'; temps de coagulation : 14'.

c) Bilirubinémie=+.

d) B.-W. : négatif.

4° *Cuti-réaction peptonée* : +.

5° *Expectoration* : Présence de nombreux B. K. à l'examen direct.

Fer en milligr. % de crachats secs=0,031.

6° *Radioscopie* : sommets voilés s'éclairant mal, hiles chargés.

OBSERVATION III

(Service du Professeur PAVIOT)

Insuffisance hépatique caractérisée par des migraines fréquentes avec nausées et scotome sombre; des troubles digestifs précoces (pesanteur, renvois aigres), de la somnolence et des bouffées congestives post-prandiales, des poussées urticariennes légères provoquées par l'ingestion de poisson et parfois de laitage, des grains cholestériniens de la lèvre supérieure, chez un homme de 45 ans, présentant une bacillose pulmonaire très discrète, peu évolutive, apyrétique et du rhumatisme de Poncet.

Bacilloscopie positive.

Crachats adhérents et fortement tigrés. Fragilité sanguine.

G... François, 45 ans, boulanger.

Le malade entre à l'hôpital pour douleurs polyarticulaires.

Dans les antécédents : Rien de particulier.

Personnellement : Aucune maladie dans l'enfance. En 1916 apparaît la première atteinte articulaire. Tuméfaction douloureuse du coude droit avec grosse atrophie du bras. Plus tard, le diagnostic d'arthrite bacillaire qui

avait été porté fut confirmé par l'évolution d'une tuberculose pulmonaire avec sclérose importante prédominant du côté droit (Professeur Sergent). Le malade abandonne alors son métier de boulanger et vend des liqueurs. Ethylisme avoué. Il nie la spécificité. Il y a 4 mois, nouvelle évolution au niveau des articulations, mais cette fois polyarticulaire.

Actuellement : Le coude gauche se prend ; il est douloureux et les mouvements sont très limités. Le coude droit présente de temps à autre des poussées avec gonflement et douleur. Il reste dans l'aisselle un ganglion du volume d'une noisette. Les poignets, surtout le gauche, sont douloureux. Les mouvements de l'épaule droite sont limités. Au niveau des membres inférieurs, les genoux sont douloureux, les mouvements sont limités, ainsi qu'au cou-de-pied et aux articulations intrinsèques du pied. A noter : une légère douleur au niveau des premières cervicales dans les mouvements de rotation de la tête. Le malade n'a point de fièvre ; le traitement salicylé a été sans effet malgré de fortes doses.

Au point de vue pulmonaire : Le malade tousse très peu, mais expectore des crachats adhérents et fortement tigrés. Submatité des 2 sommets surtout à droite. A l'auscultation : à droite, diminution considérable de la respiration dans toute la moitié supérieure avec, dans la région moyenne, en arrière et dans l'aisselle, des craquements secs. A gauche, outre l'obscurité respiratoire, on entend, au niveau du hile, quelques bruits secs.

Au point de vue hépatique : Le foie n'est pas douloureux ni augmenté de volume. Cependant le malade se plaint depuis longtemps de migraines fréquentes avec nausées et scotome sombre, de troubles digestifs précoces caractérisés par de la pesanteur, des renvois, de la somnolence et de l'érythrose faciale post-prandiale. L'ingestion de poissons et de laitage lui a parfois occasionné des poussées urticariennes discrètes au niveau des bras.

On trouve des grains cholestériniens de la lèvre supérieure.

Les autres appareils paraissent normaux.

EXAMENS PRATIQUÉS

- 1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.
- 2° *Coefficient de Maillard* = 6.
- 3° *Sang* :
 - a) Résistance globulaire: $H^1=0,52$; $H^2=0,46$; $H^3=0,38$.
 - b) Temps saignement : 2'30; temps coagulation : 9'.
 - c) Bilirubinémie = ++.
 - d) B.-W : négatif.
- 4° *Cuti-réaction peptonée* : ++.
- 5° *Expectoration* :

Présence de B. K. assez nombreux à l'examen direct.
Fer en milligr. % de crachats secs = 0,035.
- 6° *Radioscopie pulmonaire* : voile des sommets qui s'éclaircit mal à la toux ; hiles chargés.

OBSERVATION IV

(Service du Professeur PAVIOT)

Petite insuffisance hépatique caractérisée par des poussées urticariennes (après ingestion de poisson, fraises, œufs), des manifestations vaso-motrices post-prandiales avec somnolence, des nodosités cellulitiques lombaires, chez un homme de 56 ans, présentant une bacillose pulmonaire bilatérale à tendance fibreuse. Bacilloscopie positive. Crachats tigrés. Fragilité sanguine.

D... Pierre, 56 ans, cantonnier.

Le malade entre dans le service pour douleurs gastriques et mauvaises digestions.

Dans les antécédents : 1 frère mort d'affection pulmonaire ; les autres, 5 garçons et 3 filles, sont en bonne santé.

Personnellement : Pas de maladie de l'enfance. Marié, il a une fille bien portante. En mai 1929, point pleurétique qui dura 15 jours ; perte de l'appétit et léger amaigrissement. Il y a 6 mois, le malade se mit à souffrir de digestions difficiles avec sensation de pesanteur gastrique après les repas, de somnolence post-prandiale, d'anorexie marquée pour la viande, enfin d'une grande asthénie ; il aurait maigri de 3 kgs.

A l'examen : L'état général paraît assez bon ; le malade tousse peu et expectore quelques crachats tigrés. La température est à 37°5.

Au point de vue pulmonaire : Pas de matité ni de submatité dans les 2 champs pulmonaires ; les vibrations vocales sont bien transmises. *A l'auscultation* : à droite, en arrière et au sommet, le murmure vésiculaire est diminué. La respiration est un peu granuleuse dans la fosse sus-claviculaire ; quelques craquements à la fin des respirations fortes. En avant mêmes signes. *A gauche, en arrière*, la respiration est un peu soufflante et le murmure vésiculaire saccadé à l'inspiration ; *en avant*, mêmes signes mais plus atténués.

Au point de vue hépatique : Légère douleur à la palpation au-dessus de l'ombilic ; cette région est d'ailleurs douloureuse spontanément après les repas. Pas de migraines, mais quelques poussées d'urticaire après ingestion de poisson, fraises ou œufs. Après les repas congestion de la face avec forte tendance au sommeil. La palpation de la région lombaire permet de sentir quelques nodosités cellulitiques.

Les autres appareils ne présentent rien de particulier.

Un mois après son admission, le malade demande à partir ; il se sent fonctionnellement beaucoup mieux. L'examen clinique et radioscopique a montré des lésions

fibreuses des 2 sommets avec bacilloscopie positive à 2 reprises. L'examen radioscopique de l'intestin n'a montré aucune image permettant de suspecter une lésion ulcéreuse du gros intestin. La température est normale.

EXAMENS PRATIQUÉS

- 1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.
- 2° *Coefficient de Maillard* = 8,4.
- 3° *Sang* :
 - a) Résistance globulaire: $H^1=0,54$; $H^2=0,48$; $H^3=0,42$.
 - b) Temps de saignement: 2'30; temps de coagulation: 12'
 - c) Bilirubinémie = 0.
 - d) B.-W : négatif.
- 4° *Cuti-réaction peptonée* : +.
- 5° *Expectoration* :

Présence de B. K. peu nombreux après homogénéisation.

Fer en milligr. % de crachats secs = 0,046.
- 6° *Radioscopie pulmonaire* : sommets voilés ne s'éclairant pas ; ombres hilaires moyennes.

OBSERVATION V

(Service du Professeur PAVIOT)

Petite insuffisance hépatique caractérisée par des migraines, des troubles digestifs précoces avec somnolence, des nodosités et infiltrats cellulitiques, chez un homme de 53 ans, œnolique moyen, présentant une bacilliose discrète à tendance fibreuse, des deux sommets. Bacilloscopie positive. Cœur légèrement hypertrophié (gros indice), en arythmie complète. Crachats gommeux fortement mélaniques. Fragilité sanguine.

B... Jean-Lucien.

Le malade est pris, comme il revenait de Vienne à Lyon, de violentes hémoptysies. Reçu d'urgence à l'Hôtel-Dieu, il est dirigé dans le service.

Dans les antécédents : Rien de particulier.

Personnellement : Ancien malade du service, il en est sorti l'année dernière très amélioré. S'étant embauché pour les vendanges, le 3^e jour de la récolte des raisins il fut pris d'un violent étouffement et se mit à cracher du sang. Soigné à l'Hôpital de Saint-Etienne dans le pavillon des bacillaires, les examens des crachats montrent la présence de B. K. Après un séjour de 4 mois, il se rend à Vienne, mais il est pris d'étouffements, de vertiges et de crachements de sang ; il décide alors de venir à Lyon pour se faire hospitaliser. Œnisme moyen, 2 litres de vin par jour. Nie la spécificité.

A l'examen : Malade très essoufflé. Le visage et particulièrement le nez présentent une teinte cyanosique très prononcée. Toux peu fréquente. Expectoration formée de crachats tigrés et noirs.

Aux poumons : Obscurité du sommet gauche, râles de calibre assez fin à la base du même côté. *A droite*, respiration emphysémateuse du sommet.

L'examen du cœur montre une pointe qui bat dans le VI^e espace. L'arythmie est complète. L'auscultation révèle un éclat du 1^{er} bruit sans souffle systolique net. Tension artérielle 13/8.

Au point de vue hépatique : Le foie déborde les fausses côtes ; pas de circulation collatérale ; pas d'ascite ; pas d'œdème des jambes. Le malade se plaint depuis longtemps de troubles digestifs précoces consistant en pesanteur après les repas avec tendance au sommeil, ainsi que de migraines fréquentes avec nausées. La palpation des muscles lombaires et du fascia lata permet de sentir quelques nodosités cellulitiques légèrement douloureuses.

Les autres appareils paraissent normaux.

EXAMENS PRATIQUÉS

- 1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.
- 2° *Coefficient de Maillard* = 9.
- 3° *Sang* :
- a) Résistance globulaire : $H^1 = 0,58$; $H^2 = 0,52$; $H^3 = 0,44$.
 - b) Temps de saignement : 3'; temps de coagulation : 13'.
 - c) Bilirubinémie = 0.
 - d) B.-W : négatif.
- 4° *Cuti-réaction peptonée* : +.
- 5° *Expectoration* :
- Quelques rares B. K. après homogénéisation.
- Fer* en milligr. % de crachats secs = 0,060.
- 6° *Radioscopie pulmonaire* : sommets voilés ne s'éclairant pas ; hiles chargés.

OBSERVATION VI

(Service du Professeur PAVIOT)

Insuffisance hépatique caractérisée par des migraines unilatérales avec nausées et parfois vomissements, poussées urticariennes, nodosités cellulalgiques, grains cholestériniens de la lèvre supérieure, chez un homme de 61 ans, œnolique, présentant une bacillose pulmonaire bilatérale, peu évolutive, à tendance fibreuse, ayant débuté il y a 4 ans. Bacilloscopie positive. Crachats tigrés. Fragilité sanguine.

C... Edouard, 61 ans, cultivateur.

Le malade entre dans le service pour toux et amaigrissement.

Dans les antécédents : Rien de particulier.

Personnellement : Pas de maladie dans l'enfance ; il a été réformé pour varices et hypoacousie. Il y a 4 ans,

le malade eut une bronchite assez sérieuse qui le tint au lit pendant plusieurs jours et l'obligea à se faire admettre dans un hôpital dont il a oublié le nom. A la sortie, il reprend son métier de cultivateur, jusqu'au jour où, ayant constaté que ses forces avaient diminué, qu'il tousse et transpirait abondamment, qu'il avait maigri notablement, il demande son admission à l'Hôtel-Dieu. Grand éthylique (vin et absinthe), il nie la spécificité.

A l'examen : Sujet amaigri, anémique, qui tousse par intervalles d'une toux rauque et quinteuse. Son expectoration, peu abondante, est muco-purulente, adhérente et tigrée.

Aux poumons : Diminution des vibrations aux deux bases. *A l'auscultation* : présence de ronchus et de sibilances à la partie moyenne du poumon droit. Au sommet du poumon gauche, la respiration est un peu soufflante.

Au point de vue hépatique : Le foie n'est pas sensible ni augmenté de volume. Depuis plus de dix ans le malade se plaint de migraines unilatérales assez fréquentes s'accompagnant de nausées et parfois de vomissements. Il signale également quelques poussées d'urticaire. Sur la lèvre supérieure on trouve quelques grains cholestéri-niens. Il existe des nodosités cellulalgiques au niveau du fascia lata, de la fosse iliaque externe et sur le bord supérieur du trapèze.

Les autres appareils paraissent normaux.

EXAMENS PRATIQUÉS

1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.

2° *Coefficient de Maillard* = 6,5.

3° *Sang* :

a) Résistance globulaire : $H^1=0,62$; $H^2=0,54$; $H^3=0,42$.

b) Temps de saignement : 3'; temps de coagulation : 14'.

c) Bilirubinémie = ++.

d) B.-W. : négatif.

4° *Cuti-réaction peptonée* : ++.

5° *Expectoration* :

Présence de B. K. peu nombreux après homogénéisation.

Fer en milligr. % de crachats secs=0,070.

6° *Radioscopie pulmonaire* : grisaille accentuée des sommets qui ne s'éclairent pas à la toux ; hiles chargés.

OBSERVATION VII

(Service du Professeur PAVIOT)

Insuffisance hépatique caractérisée par des poussées d'urticaire, des migraines avec nausées et parfois vomissements, des manifestations vaso-motrices post-prandiales avec somnolences et pesanteur épigastrique, un dermographisme exagéré, des nodosités et infiltrats cellulalgiques aux divers points d'élection, des grains cholestériniens de la lèvre supérieure, chez un homme de 33 ans, présentant une bacilliose à marche lente, discrète, du sommet gauche, avec pachypleurite associée de la base gauche.

Bacilloscopie positive. Expectoration gommeuse et noirâtre. Fragilité sanguine.

K... Moussa, 33 ans, manoeuvre.

Le malade est envoyé dans le service pour affection pulmonaire.

Dans les antécédents : Rien de particulier.

Personnellement : Il n'aurait jamais été malade quand, il y a 3 mois, il se mit à tousser et à cracher. Température oscillant entre 38 et 38°5. Il maigrit rapidement, perdit ses forces et dut abandonner tout travail. Il se fit alors hospitaliser.

A l'examen : Malade un peu amaigri, qui tousse et

expectore des crachats gommeux et noirâtres. Température à 37°7. Il présente, sur le dos de la main gauche, des traces de brûlures contre une chaudière, dit-il, qui remonteraient à 2 ans, d'une largeur d'une pièce de 5 fr., sous forme d'une cicatrice blanche, un peu rayonnée, vasculaire, qui rappelle les plaques de lupus guéri. On trouve d'ailleurs au-dessus de l'épitrochlée quelques ganglions ; il n'y en a pas dans l'aisselle.

Aux poumons : A la percussion zone de matité qui, à gauche, occupe toute la région de la base et remonte très haut, atteignant presque la pointe de l'omoplate ; la palpation, à ce niveau, montre les vibrations diminuées à l'extrême base mais paraissant exagérées dans la zone supérieure de matité. *A l'auscultation* : au niveau de la matité on n'entend ni souffle, ni egophonie, ni pectoriloquie aphone ; il existe seulement une obscurité respiratoire complète. La ponction à ce niveau ne retire pas de liquide.

Dans le reste du poumon : *à gauche*, au sommet, quelques râles sous-crépitants. *A gauche*, en avant, la percussion montre que la matité existe aussi, comble l'espace de Traube et empêche de délimiter la pointe du cœur dont les bruits paraissent assourdis.

Au point de vue hépatique : Le foie n'est pas douloureux, ni augmenté de volume. Le malade reconnaît avoir eu depuis l'adolescence de nombreuses poussées d'urticaire ; il souffre fréquemment de migraines, sans localisations précises, s'accompagnant de nausées et parfois de vomissements. Après les repas, il est pris de somnolence ; poussée congestive au niveau de la face, sensation de pesanteur dans l'estomac et renvois. Le dermographisme est légèrement saillant. On trouve des nodosités et infiltrats cellulitiques, dans la région lombaire, le long du fascia lata, dans les muscles de la nuque, ainsi que des grains cholestériniens de la lèvre supérieure.

Rien de particulier aux autres appareils.

EXAMENS PRATIQUÉS

- 1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.
2° *Coefficient de Maillard* = 8,2.
3° *Sang* :
a) Résistance globulaire: $H^1=0,60$; $H^2=0,54$; $H^3=0,44$.
b) Temps de saignement: 2'; temps de coagulation: 11'.
c) Bilirubinémie = 0.
d) B.-W. : négatif.
4° *Cuti-réaction peptonée* : ++.
5° *Expectoration* :
Présence de B. K. à l'examen direct.
Fer en milligr. % de crachats secs = 0,065.
6° *Radioscopie pulmonaire* : voile du sommet ; ombre horizontale de la base gauche sans Damoiseau.

OBSERVATION VIII

(Service du Professeur PAVIOT)

Petite insuffisance hépatique caractérisée par de violentes migraines avec nausées datant de l'enfance, des poussées d'urticaire, des crises de foie sans ictère, survenant 2 à 3 fois par mois depuis deux ans, des nodosités cellulitiques chez une jeune fille de 20 ans présentant une bacillose très discrète, non évolutive, du sommet gauche.

Bacilloscopie positive. Crachats tigrés. Fragilité sanguine.

W...Iris, 20 ans, s. p.

La malade qui tousse et présente de l'asthénie est envoyée en observation dans le service par son médecin.

Dans les antécédents : Mère morte à 45 ans de tuberculose pulmonaire ; père âgé de 52 ans grand éthylique.

Personnellement : Aucune maladie de l'enfance. A 8 ans grosse bronchite. Depuis la malade est très sensible des bronches et s'enrhume constamment. Régulée à 14 ans. Ses règles sont irrégulières et douloureuses. Elle souffre de migraines violentes avec nausées, presque constantes, plus intenses au moment des règles. Elle signale quelques poussées d'urticaire sans établir de relation avec l'ingestion d'aliments déterminés. Constipation assez fréquente. Depuis deux ans sont apparues des douleurs extrêmement violentes, surtout marquées dans l'hypocondre droit. Elle n'a pas eu d'ictère. Ces douleurs lancinantes étaient au début presque continuelles et son médecin consulté trouva un très gros foie. Sous l'influence du traitement institué, les douleurs ont diminué sensiblement mais réapparaissent, par crises violentes, deux ou trois fois par mois. Parallèlement, les céphalées sont devenues plus violentes, l'anorexie et l'asthénie croissantes ont obligé la malade à cesser tout travail ; la toux qu'elle présentait depuis longtemps a augmenté de fréquence, surtout depuis 3 mois, consistant en petites quintes sèches le matin au réveil et s'accompagnant d'une expectoration peu abondante mucopurulente et grisâtre.

A l'examen : L'état général paraît assez satisfaisant. Température 37°6-37°8. Tous assez fréquente et expectoration formée de crachats tigrés.

Aux poumons : Pas de submatité bien nette à la percussion. Au sommet gauche, les vibrations semblent être un peu diminuées par rapport au sommet droit. *A l'auscultation* : au sommet droit, respiration à peu près normale. Au sommet gauche, respiration rude et soufflante. Sans râles ni craquements. Bases normales.

Au point de vue hépatique : Le foie n'est pas gros, le bord inférieur est cependant légèrement sensible. Quelques nodosités cellulitiques sont découvertes à la palpa-

tion des muscles de la colonne lombaire du fascia lata et des muscles de la nuque.

Les autres appareils paraissent normaux.

EXAMENS PRATIQUÉS

- 1° *Urines* : ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigment, ni urobiline.
- 2° *Coefficient de Maillard*==7.
- 3° *Sang* :
 - a) Résistance globulaire: $H^1=0,50$; $H^2=0,44$; $H^3=0,34$.
 - b) Temps de saignement: 2'30; temps de coagulation: 12'.
 - c) Bilirubinémie==+.
 - d) B.-W. : négatif.
- 4° *Cuti-réaction peptonée* : +++.
- 5° *Expectoration* :
Nombreux B. K. à l'examen direct.
Fer en milligr. % de crachats secs==0,026.
- 6° *Radioscopie* : voile des sommets qui ne s'éclairent pas à la toux ; légères ombres hilaires.

V. — Le tuberculeux pulmonaire évolutif avec nombreux B K

Nous en avons réuni 12 observations. Les examens pratiqués ont donné les résultats suivants :

- Pas de fragilité sanguine ;
- Expectoration peu mélanique et peu sidérophère:
Dans 8 cas: autour de 0,035;
Dans 2 cas : presque normale autour de 0,18;
Dans 2 cas seulement à 0,050.
- Pas de signes de petite insuffisance hépatique.
- Coefficient de Maillard élevé dans un tiers des cas.

VI. — Le grand insuffisant hépatique

Nous avons réuni 10 observations de malades présentant les symptômes classiques de la cirrhose de Laennec : ascite, foie dur, perceptible au creux épigastrique, grosse rate, troubles fonctionnels divers, enfin étiologie alcoolique incontestable. Les examens pratiqués ont donné les résultats suivants :

- Pas de fragilité sanguine ;
- Pas d'expectoration mélano-sidérofère ;
- Pas de symptômes bruyants de petite insuffisance hépatique ;
- Coefficient de Maillard élevé dans la moitié des cas.

Ce coefficient n'est pas augmenté chez tous ces malades, comme l'on devrait s'y attendre. Mais il faut noter que la plupart d'entre eux ont été soumis à un régime hypotoxique pouvant légitimer un abaissement du coefficient.

CHAPITRE III

Etude critique des observations

Il apparaît, à la lecture de nos observations que l'expectoration sidérofère s'accompagne très fréquemment d'un degré plus ou moins marqué de fragilité sanguine. Il semble même, à bien considérer nos résultats, que les deux éléments de ce syndrome hémato-chimique subissent, dans un certain nombre de cas, des variations inversement proportionnelles, la résistance des globules rouges diminuant dans la mesure où le taux du fer augmente dans les crachats. La résistance globulaire reste, en outre, à peu près normale toutes les fois que la teneur en fer de l'expectoration n'excède pas sensiblement 0,015 mgr. pour 100, et l'on sait que le fer, lorsqu'il ne dépasse pas ce chiffre limite, ne revêt pas un caractère pathologique.

Le fait important est que ce syndrome hémato-chimique, expectoration sidérofère + fragilité sanguine, est, dans la plupart des cas, associé aux manifestations bruyantes de petit hépatisme. On observe, en

effet, que le syndrome est typique 11 fois sur 12 observations de petite insuffisance hépatique chez des non tuberculeux. Dans un seul cas, la résistance globulaire et le taux du fer dans les crachats sont normaux. Cette association, fragilité sanguine, expectoration sidérofère et petite insuffisance hépatique, représente, de la sorte, une triade symptomatique dont les termes restent fréquemment groupés chez un grand nombre de sujets observés. Elle est, en effet, très fréquente chez ces pseudo-bronchitiques étudiés dans la thèse de R. Chevallier, dont le substratum anatomopathologique serait, pour le Professeur Paviot, une sclérose pulmonaire discrète hémosidérosique généralement associée à l'hypertrophie cardiaque globale d'allure primitive. Elle existait, de façon caractérisée, 13 fois sur un total de 18 observations.

Elle est particulièrement nette encore chez le tuberculeux pulmonaire non évolutif ou faiblement évolutif. Dans le premier groupe, dont l'expectoration est indemne de B. K., le tableau est complet dans 5 observations sur 7. Dans 2 cas seulement, on ne constate que l'expectoration sidérofère, la résistance globulaire demeurant normale. Dans le deuxième groupe, dont l'expectoration contient des B. K. d'ailleurs peu nombreux, la triade symptomatique est nette 8 fois sur 11 observations. Dans 3 cas, la fragilité sanguine est absente.

Les recherches que nous avons pratiquées chez le grand insuffisant hépatique, type cirrhose de Laennec, et chez le tuberculeux évolutif à foie profondément lésé et à nombreux B. K., nous ont révélé soit une dis-

sociation du trépied symptomatique, soit sa disparition complète.

Dans 10 observations de cirrhose de Laennec, le syndrome était totalement absent. Tous ses éléments: fragilité sanguine, expectoration mélando-sidérofère, manifestations bruyantes du petit hépatisme, faisaient défaut. Les signes cliniques et les tests de laboratoire (le coefficient de Maillard étant très élevé dans la moitié des cas), indiquaient, par contre, la gravité de l'atteinte hépatique. De même, dans 12 observations de tuberculose pulmonaire évolutive avec nombreux bacilles, deux éléments du syndrome, la fragilité sanguine et les signes du petit hépatisme étaient absents chez tous les sujets examinés; seule persistait l'expectoration sidérofère avec cette réserve importante qu'elle était absente dans 2 cas, presque normale, autour de 0.018, dans 2 autres, et faible, aux environs de 0,035, chez les 8 derniers malades.

On voit, à la lumière de ces faits, que la fragilité sanguine est constamment absente, comme l'avaient précédemment noté MM. Cade, Morel et Roubier, Bernard et Alain, et plus particulièrement M. Chalié, chez les tuberculeux pulmonaires évolutifs. M. Chalié, en effet, dans son étude de l'hémolyse chez les tuberculeux, voit chez 50 sujets observés, la courbe de la fragilité sanguine s'inscrire dans les limites habituelles. Il faut donc reconnaître, en dépit des autres tests de l'hémolyse sidérogène constatés chez ces malades, que la fragilité sanguine n'est jamais décelable chez le tuberculeux pulmonaire évolutif. On nous objectera, il est vrai, que nous l'avons mise en

évidence chez un certain nombre de tuberculeux. Mais il s'agit de tuberculeux non évolutifs ou faiblement évolutifs, dont l'expectoration est stérile ou faiblement bacillifère, dont les lésions sont généralement du type fibreux, cicatriciel. Certains de ces malades se détachent difficilement d'ailleurs du groupe des « bronchitiques chroniques », chez lesquels la bacillose n'est pas décelable.

Il existe, de la sorte, toute une catégorie de touseurs, de bronchitiques chez lesquels l'étiologie tuberculeuse est absente, suspectée ou discrètement positive et qui présentent au complet le syndrome précédemment décrit. Nous avons été surpris, de constater, d'autre part, que le taux du fer dans l'expectoration tigrée des tuberculeux pulmonaires peu évolutifs présentait des variations pondérales assez étroitement liées au nombre apparent des bacilles de Koch. Ceci confirme les résultats précédemment énoncés par Jousset dans ses études sur l'expectoration sidérophère des tuberculeux. Cet auteur admet, en effet, que le fer augmente parallèlement à la coloration foncée des crachats et à leur teneur en mélanocytes et que la teneur en bacilles des crachats est inversement proportionnelle à leur teneur en fer.

Ces faits sont très nets chez la plupart de nos sujets. On voit, en effet, si nous groupons les résultats donnés dans le chapitre précédent, que le taux de fer de l'expectoration est d'autant plus élevé que le nombre de bacilles dans l'expectoration est plus faible.

Obs. I	Fer..	0,056	B. K..	rares.
Obs. II . . .	— ..	0,031	— ..	nombreux.
Obs. III. . .	— ..	0,035	— ..	assez nombreux.
Obs. IV . . .	— ..	0,046	— ..	peu nombreux.
Obs. V . . .	— ..	0,060	— ..	rares.
Obs. VI. . .	— ..	0,070	— ..	rares.
Obs. VII . . .	— ..	0,065	— ..	rares.
Obs. VIII .	— ..	0,026	— ..	nombreux.

Ce qui nous permet d'admettre avec Jousset, avec Paviot, R. Chevallier et Revol que l'aspect franchement mélanique des crachats, et le taux élevé de leur surcharge ferrugineuse, indiquent une tuberculose paucibacillaire à marche ralentie et à tendance cicatricielle. Le crachat noir sidérophère serait ainsi l'apanage des fibreux. Ce qui est bien en harmonie avec la doctrine de Tripier, qui écrivait : « La forme fibreuse paraît en rapport avec la présence de particules charbonneuses en plus ou moins grande quantité dans les poumons ». Somme toute, ce qui se dégage plus particulièrement des faits et des observations que nous rapportons, c'est la coexistence extrêmement fréquente du syndrome hémato-chimique: expectoration sidérophère + fragilité sanguine avec l'hépatisme au sens large de Glénard, et, au contraire, sa dissociation ou son absence au cours des insuffisances hépatiques graves.

On peut donc admettre que ce syndrome hémato-chimique ne se rencontre que chez les sujets dont le foie est peu touché.

De le sorte, il acquerrait une certaine valeur dia-

agnostique et permettrait de soupçonner, soit le déséquilibre fonctionnel, soit les altérations discrètes de la cellule hépatique.

Sa valeur pronostique est au moins aussi importante, et résulte de nos conclusions précédentes. Non seulement, en effet, l'observation clinique nous enseigne que l'expectoration noire sidérofère est l'indice d'une bacillose fibreuse cicatricielle, comme le note Jousset, mais la notion d'une petite insuffisance hépatique associée représente également pour apprécier la capacité évolutive de la tuberculose, un argument de premier plan. On sait, en effet, que l'arthritisme, à la lumière des travaux modernes, trouve sa place dans le cadre très vaste de l'hépatisme, de telle sorte que le bon pronostic de cet arthritisme, classiquement admis chez le tuberculeux pulmonaire, serait lié en réalité au déséquilibre discret des fonctions hépatiques.

C'est en somme parce que le foie conserve une intégrité relative que ces tuberculoses n'évoluent pas ou évoluent faiblement, et le syndrome hémato-chimique ne représente un élément favorable dans l'établissement du pronostic que parce qu'il objective cette discrète défaillance de la cellule hépatique.

On s'explique difficilement toutefois, pour quelles raisons le syndrome, si net lorsque le foie est peu touché, se dissocie et même disparaît lorsque les altérations hépatiques sont profondes. Peut-être faut-il faire intervenir, comme MM. Paviot et Croizat l'ont suggéré pour expliquer la brusquerie et l'intensité des manifestations cliniques du petit hépatisme, le mécanisme du choc anaphylactique. Les petites doses de

toxiques, d'origine probablement alimentaire, introduites dans la circulation à la faveur d'un déficit hépatique partiel et à éclipses, pourraient, de la sorte, jouer, sur un organisme sensibilisé, le rôle d'une véritable injection déchaînante. Quoi qu'il en soit, s'il est bien évident que des relations étroites doivent exister, sur le plan pathogénique, entre la petite insuffisance hépatique et le syndrome hémolytique caractérisé par la fragilité sanguine et l'expectoration sidérofère, il semble difficile, à l'heure actuelle, d'en préciser et même d'en soupçonner la nature.

Conclusions

I. — L'expectoration sidérofère constatée chez un certain nombre de sujets s'accompagne fréquemment d'un degré plus ou moins marqué de fragilité sanguine.

II. — Ce syndrome hémato-chimique n'est pratiquement jamais observé ni chez le grand insuffisant hépatique (type cirrhose de Laennec), ni chez le tuberculeux pulmonaire évolutif à foie profondément touché. Dans ce dernier cas, l'expectoration peut être sidérofère, mais la surcharge martiale est toujours faible. La fragilité sanguine est constamment absente.

III. — Par contre, ce syndrome hémato-chimique s'observe avec une grande fréquence :

a) Chez le petit insuffisant hépatique non tuberculeux présentant la symptomatologie bruyante de l'hépatisme de Glénard.

b) Chez le pseudo-bronchitique chronique (sclérose pulmonaire discrète hémotidrosique), le plus souvent éthylique, petit insuffisant hépatique, indemne de tuberculose.

c) Chez le tuberculeux pulmonaire non évolutif ou très faiblement évolutif, porteur de lésions fibreuses, dont l'expectoration est abacillaire ou paucibacillaire et qui présente des signes manifestes de petite insuffisance hépatique.

IV. — Il apparaît, de la sorte, que ce syndrome hémato-chimique coexiste le plus souvent avec les manifestations bruyantes de l'hépatisme de Glénard. On l'observe, en effet, aussi bien chez le petit insuffisant hépatique, non tuberculeux, que chez le tuberculeux non évolutif atteint de petite insuffisance hépatique.

Ce qui laisse supposer qu'il doit exister des rapports étroits entre ce syndrome hémato-chimique et l'atteinte discrète du foie.

V. — Connaissant les relations actuellement admises entre l'arthritisme des anciens auteurs et l'hépatisme, et, d'autre part, l'antagonisme classique entre cet arthritisme et la tuberculose, on peut admettre que les sujets présentant ce syndrome hémato-chimique ne font pas de tuberculose ou font des tuberculoses non évolutives ou faiblement évolutives, parce que leurs fonctions hépatiques sont à peine troublées.

Le syndrome hémato-chimique serait ainsi un véritable test de la petite insuffisance hépatique et sa constatation serait de bon pronostic chez le tuberculeux pulmonaire.

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PAVIOT.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 19 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie

- ARNOULD (E.). — L'Anthracose est-elle une maladie ?
Presse Méd., 14 déc. 1929, n° 100.
- AUBERTIN (J.). — Le foie et la tuberculose. *Thèse de Bordeaux*, 1921-1922.
- AUBERTIN et LEURET. — Les facteurs digestifs et hépatiques dans la tuberculose. 6^e Congrès de la tuberc., Lyon, 1927.
- BASSET (M.). — A propos de la pathogénie de l'anthracose pulmonaire. *Soc. Biol.*, 3 nov. 1906, 24 nov. 1906.
- Rapport sur l'anthracose. *Recueil de Médecine vétérinaire*, 15 juin 1907.
- BONNAMOUR et DELORE. — Contribution à l'étude des diagnostics erronés de la tuberculose pulmonaire. La forme pseudo-tuberculeuse des cholécystites chroniques. *Presse Méd.*, 1^{er} sept. 1928, p. 1106.
- CHEVALLIER (R.). — Le syndrome « Bronchite chronique et emphysème » considéré comme une cirrhose du poumon avec hémosidérose. Ses rapports avec le gros cœur. *Thèse de Lyon*, 1928.
- CHALIER (J.). — Ictère hémolytique. *Thèse Lyon*, 1909.
- De l'hémolyse chez les tuberculeux. *Journal de Méd. de Lyon*, 20 mars 1920.
- CORDIER. — L'anaphylaxie alimentaire. *Journal de Méd. de Lyon*, février 1920.

- COURMONT (Paul). — Tuberculose et arthritisme. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 20 juin 1906.
- DASTRE, BORREL, HENNEGUY, LETULLE et MALASSEZ. — Rapport sur l'anthraxose. *Recueil Méd. vétérinaire*, 15 juin 1907.
- DELTHIL. — L'asthme, son origine arthritique. Son antagonisme avec la tuberculose. Maloine, Paris, 1907.
- DUMAREST. — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire fibreuse. *Journal méd. de Lyon*, 5 avril 1926.
- FIESSINGER. — L'insuffisance hépatique. *Journal des Pat.*, 1922.
- Anergie hépatique dans la tuberculose. *Annales de Méd.*, n° 6, juin 1926.
- FIESSINGER et BRODIN. — La tuberculose aiguë au cours des hépatites alcooliques. Anergie hépatique. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 14 oct. 1921.
- GLÉNARD. — L'Hépatisme.
- JOUSSET (A.). — Recherches sur l'anthraxose pulmonaire. Acad. des Sciences, 10 oct. 1927. *Presse Médicale*, 29 oct. 1927, 19 avril 1928.
- Les pigmentations pulmonaires et la fiction de l'anthraxose. *Presse Méd.*, 14 avril 1928, p. 465.
- La tuberculose pulmonaire anthracosique. *Concours médical*, 21 oct. 1928, p. 296.
- Rapport de l'anthraxose et de la tuberculose pulmonaire. *Revue de la tubercul.*, tome IX, n° 6, déc. 1928.
- Expectoration noire des tuberculeux pulmonaires. *Bulletin Soc. Méd. Hôp. Paris*, 18 mars 1929, n° 9, page 633.
- KERDREL (Auden de). — Contribution à l'étude de l'anthraxose pulmonaire. *Thèse de Lyon*, 1907-1908.
- MOURIQUAND. — Arthritisme. *Paris Médical*, 1^{er} mai 1920.

- OLIVIER (J.). — Manifestation d'hépatisme et d'arthritisme au cours de la tuberculose pulmonaire chez la femme. *Thèse de Lyon*, 1928.
- PAVIOT (J.), R. CHEVALLIER, L. REVOL. — De la véritable nature chimique de l'anthracose pulmonaire. *Journal Méd. de Lyon*, 5 nov. 1928, p. 615. *C. R. Biologie*, 19 nov. 1928.
- Examen chimique d'un diabète bronzé. *Journal méd. Lyon*, 5 mai 1929.
- PAVIOT (J.), R. CHEVALLIER, BADINAND. — A propos de l'origine sanguine des pigments de l'expectoration tigrée dite « anthracosique ». *Lyon Médical*, 4 janvier 1931, p. 19. *C. R. Biologie*, 21 juillet et 20 octobre 1930.
- Examen chimique des poumons noirs et des viscères d'un sujet ayant travaillé pendant 5 ans dans une mine de plomb.
- PAVIOT (J.) et P. CROIZAT. — Hépatisme et tuberculose. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1930.
- PERRIER et MATHIEU. — Foie et arthritisme. Congrès de l'arthritisme. Vittel, juin 1927. *Revue Méd. de l'Est*, 1927.
- POLICARD, S. DOUBROW et D. PILLET. — Application de la technique histochimique de la micro-incinération à l'étude des pigments anthracosiques pulmonaires. *C. R. A. C. des Sciences*.
- PONCET et LERICHE. — Les arthritiques ou prétendus tels ne sont souvent que des tuberculeux. *Lyon Médical*, 8 janvier 1907.
- RIST (E.) et J. ROLLAND. — Un cas de sidérose pulmonaire avec élimination prolongée de fer dans l'expectoration. *Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1^{er} juin 1923, p. 828.
- ROQUE (C.), J. CHALIER, H. JOSSEMAND. — Hémosidérose viscérale. *Journal de Phys. et de Path. générale*, mai 1913.

TRIPPIER (R.). — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire anthracosique. *Lyon Médical*, 1884. *Lyon Médical*, 1907.

— Etude anatomo-clinique. Paris, 1909.

WETTERWALD. — La Cellulite. Congrès de l'Arthritisme, Vittel, 1927.

WIDAL, ABRAMI et BRULÉ. — Les ictères d'origine hémolytique. *Arch. Mal. de cœur*, avril 1908.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
<i>Chapitre premier.</i> — La symptomatologie chimique, biologique et clinique.	13
<i>Chapitre II.</i> — Les divers types de malades obser- vés.	25
I. — Le petit insuffisant hépatique non tubercu- leux.	25
II. — Le pseudo-bronchitique chronique.	49
III. — Le tuberculeux pulmonaire non évolutif ou faiblement évolutif sans B. K.	50
IV. — Le tuberculeux pulmonaire non évolutif ou faiblement évolutif avec B. K.	62
V. — Le tuberculeux pulmonaire évolutif avec nombreux B. K.	79
VI. — Le grand insuffisant hépatique.	80
<i>Chapitre III.</i> — Etude critique des observations. . . .	81
CONCLUSIONS.	89
BIBLIOGRAPHIE.	91
